

**-- CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS --**

Paciente com trinta anos de idade, sexo feminino, descendente de japoneses, com diagnóstico de hepatite B em seguimento ambulatorial, sem indicação terapêutica. Bioquímica hepática normal, USG de abdome normal. PCR VHB – log 9,0 1.000.000.000 UI/mL. Irmão em tratamento para hepatite B em São Paulo. Procurou atendimento hoje por estar gestante de 6 semanas.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 51 O recém-nascido dessa paciente deverá receber vacina contra hepatite B mais imunoglobulina humana hepatite B (HBIg) nas primeiras 12 a 24 horas pós-parto.
- 52 O obstetra deverá orientar a paciente a evitar a amamentação do seu filho devido ao risco de contágio por fissura/sangramento do mamilo.
- 53 A via de parto da paciente (parto normal ou cesárea) não interferirá no risco de infecção da criança pelo VHB.
- 54 Devido à alta carga viral VHB da paciente, deve-se iniciar a terapia antiviral para diminuir a carga viral e evitar transmissão intrauterina.
- 55 Nesse estágio de portadora inativa ou imunocompetente do vírus B, não há necessidade de seguimento ambulatorial da paciente.

Paciente com sessenta e cinco anos de idade, portador de hepatite crônica alcoólica, abstêmio e estável há 8 anos. Chegou ao ambulatório com aumento do volume abdominal por ascite. Negou uso de medicamentos potencialmente nefrotóxicos, como antibióticos ou anti-inflamatórios. Durante terapêutica diurética, evoluiu com piora da função renal, com creatinina previa de 0,8 mg/dL e hoje de 2,5 mg/dL.

Julgue os itens que se seguem, relativos a esse caso clínico.

- 56 Trata-se de um paciente cirrótico evoluindo com síndrome hepatorenal.
- 57 Deve-se realizar expansão volêmica e manter diuréticos como conduta inicial.
- 58 A piora da função renal colabora substancialmente no *Meld Score* desse paciente, facilitando o acesso mais rápido ao transplante hepático.
- 59 Caso não haja melhora em 48 horas, deve-se indicar diálise para esse paciente.
- 60 O tratamento desse paciente deve-se dar em ambiente hospitalar, e deve-se realizar reposição de albumina humana 1 g/kg/dia.

Paciente do sexo feminino, com sessenta e quatro anos de idade, encaminhada por otorrinolaringologista, que investigava pigarro e se deparou com achado de varizes de pequeno calibre e gastropatia congestiva em exame de endoscopia digestiva alta. Paciente previamente hígida, etilismo social, sobrepeso leve (IMC 28), nega dislipidemia e tem diabetes do tipo 2, em uso de metformina e insulina. Entre exames complementares, a ultrassonografia de abdome mostrou fígado heterogêneo, com esteatose acentuada e esplenomegalia.

Exames laboratoriais: TGO: 52; TGP: 53; GGT: 21; BT: 0,8; TAP: 77%; INR: 1,2; albumina sérica 4,0. Hemograma: Hb/HTO: 17/49; leuco: 4.900; plaquetas: 123.000. Sorologia para hepatites B e C negativas. Perfil de ferro normal; autoanticorpos negativo. Alfafetoproteínas: 3,3; TSH: 0,72; albumina: 4,5; gamag: 1,03.

Acerca desse caso clínico e de aspectos a ele pertinentes, julgue os itens subsequentes.

- 61 Trata-se de uma senhora com hepatopatia crônica por esteato-hepatite não alcoólica.
- 62 O diabetes melito é um dos principais fatores de risco para esteato-hepatite não-alcoólica.
- 63 Devido ao fato de haver alteração de transaminases, deve-se atuar para diminuir a agressão hepática mediante perda de peso, atividade física e controle das doenças metabólicas (DM, HAS, dislipidemia).
- 64 O próximo exame que se deve indicar para essa paciente será uma elastografia percutânea ou elastorNM.
- 65 Não há risco de doença cardiovascular para essa paciente, visto que a gordura está concentrada no fígado, e não nos vasos.

**Espaço livre**

Paciente: mulher com cinquenta e sete anos de idade, casada, funcionária pública, natural de Curitiba – PA, procedente de Vicente Pires – DF.

Ela refere quadro de icterícia notada em coloração de esclera, associado a colúria e acolia, sem outras queixas, como dor abdominal, febre, mal-estar, náuseas ou queixas intestinais. Procurou atendimento médico, tendo ficado internada aos cuidados de infectologia por 3 semanas. Citou viagem recente ao estado do Espírito Santo. Negou ingestão de álcool, medicamentos, substâncias tóxicas, hepatite previa. Marido falecido de distrofia muscular e 2 filhos vivos com mesma doença do pai. Exame físico: manteve-se consciente, orientada, sem *flapping*, sem sinais de ascite, exame físico de abdome inocente.

Nesse período, observaram-se níveis aumentados de enzimas hepáticas TGO: 993, TGP: 763, FA: 175, GGG: 575; Bilirrubinas totais: 19; Bilirrubinas diretas: 16; Albumina sérica: 2,8; TAP INR: 1,7. Hemograma: HbHTO: 12-34, leucócitos: 2.950, plaquetas: 77.000. Sorologias para dengue, chikungunya, zika, febre amarela, leptospirose, toxoplasmose, citomegalovírus, E.-Barr e hepatites virais negativas. USG abd, TC abd e colangio RNM com fígado de aspecto normal, sem dilatação de vias biliares ou alterações de vesícula biliar.

Devido à ausência de melhora clínica da icterícia e dos exames laboratoriais, foi solicitada avaliação de um hepatologista. Nos exames solicitados por este, evidenciaram-se FAN1-640 nuclear homogêneo, hipergamaglobulinemia 2,10, ferritina 9.000, transferrina 77%. O quadro evoluiu nas três semanas seguintes com ascite leve e encefalopatia hepática de grau I II. MELD 29. A paciente foi incluída em lista para transplante e realizaram-se todos os exames para tal. Em 16/7/2018, realizou-se o transplante hepático bem-sucedido e hoje a paciente encontra-se estável, sem icterícia, no aguardo do exame histopatológico do fígado explantado para conclusão diagnóstica. Hepatite autoimune com evolução de agudização de quadro crônico subclínico.

Julgue os seguintes itens, relativos a esse caso clínico.

- 66 Causas de hepatite fulminante como vírus, bacteriana ou medicamentosa/tóxica não teriam utilidade no estudo do caso em questão.
- 67 Trata-se de um caso de hepatite fulminante autoimune.
- 68 A encefalopatia que a paciente desenvolveu, associada a icterícia em um quadro agudo, é sugestiva de falência hepática.
- 69 Mulher, meia-idade, hipergamaglobulinemia e FAN em altos títulos, excluindo-se outras causas de hepatite, são dados que corroboram o diagnóstico de hepatite autoimune.
- 70 A hiperferritinemia isolada em altos títulos deve-se a sobrecarga de ferro pós-transfusional da paciente.

Paciente com vinte e quatro anos de idade, solteiro, pastor, procurou atendimento médico devido a lentificação de pensamento e salivação havia 3 meses. Alternância do ciclo sono – vigília e lentificação do raciocínio. Referiu, também, início de marcha cambaleante e dificuldade de articulação de palavras progressivamente, com perda da capacidade da escrita e presença de humor depressivo. Negou dor, náuseas, vômitos, ascite, icterícia e febre. Perda ponderal de 6 kg em 6 meses.

Exame físico

Neurológico: Marcha cambaleante com base alargada, com movimentação repetitiva de deslocamento da cabeça para a esquerda e sem desvio do olhar, salivação excessiva e constante.

Exames laboratoriais com alteração de enzimas hepáticas, INR alargado, hipoalbuminemia, plaquetopenia, ceruloplasmina baixa e cobre urinário aumentado. EDA: varizes esofágicas de pequeno calibre e gástricas de pequeno calibre. Gastropatia da hipertensão portal. Erosão plana, única, pré-pilórica. USG de abdome (24/07/12): Sinais de hepatopatia crônica com esplenomegalia – Fígado de tamanho reduzido, contornos irregulares, com aumento da ecogenicidade periportal e ecotextura difusamente heterogênea. Baço de volume aumentado, homogêneo. Não se detectou líquido livre na cavidade abdominal. Nefrolitíase à esquerda.

Avaliação oftalmológica: lâmpada de fenda com evidência de anéis de Kayser- Fleischer.

Julgue os itens que se seguem, a respeito desse quadro clínico.

- 71 Diante dos achados de fígado heterogêneo na ecografia, varizes de esôfago na endoscopia e plaquetopenia, é correto inferir que esse paciente já é portador de uma hepatite aguda grave por sobrecarga de cobre no fígado.
- 72 Os níveis de ceruloplasmina sérica desse paciente deveriam estar elevados devido ao fato de essa proteína estar carreando cobre sérico em excesso.
- 73 O tratamento indicado para esse paciente seria a D-penicilamina oral, devido ao baixo risco de piora neurológica.
- 74 Se houvesse dúvida no diagnóstico etiológico da hepatopatia desse paciente, a avaliação do teor de cobre no tecido hepático estaria indicada, a despeito das alterações de coagulação desse caso.

Tendo em vista que o carcinoma hepatocelular (CHC) é responsável por 90% dos casos das neoplasias primárias do fígado, julgue os itens a seguir, referentes ao CHC.

- 75 O consumo de café tem demonstrado diminuição no risco de desenvolvimento de CHC nos pacientes com doença hepática crônica.
- 76 São considerados pacientes com alto risco de desenvolvimento de CHC, para os quais se recomenda rastreio para essa neoplasia, os pacientes com cirrose hepática e os pacientes com hepatite C crônica, independentemente do grau de fibrose.
- 77 Em pacientes não cirróticos, o diagnóstico de CHC deve ser confirmado por histopatologia.
- 78 A medicação de primeira linha para o tratamento do CHC nos pacientes com doença neoplásica avançada (BCLC-C) e Child-Pugh A é o Sofosbuvir.
- 79 CHC é contraindicação a transplante hepático.

Uma mulher com trinta e seis anos de idade, em acompanhamento de lúpus discoide com reumatologista, apresentando também hipotireoidismo por tireoidite de Hashimoto como comorbidade, apresentou em sua última consulta exames laboratoriais com alterações significativas nos valores das enzimas hepáticas e canaliculares, o que fez que fosse aventada a possibilidade de estar sendo acometida por alguma patologia autoimune do fígado/vias biliares.

Acerca de aspectos pertinentes a esse caso clínico e das patologias nele citadas, julgue os itens que se seguem. Nesse sentido, considere que as siglas CBP e CEP, sempre que empregadas, referem-se, respectivamente, a colangite biliar primária e colangite esclerosante primária.

- 80 A CBP é uma doença autoimune das vias biliares que tem como principal autoanticorpo o antimitocôndria. Em pacientes com antimitocôndria negativo, a doença só poderá ser confirmada mediante biópsia hepática.
- 81 Nos pacientes submetidos a transplante hepático por hepatite autoimune, o glicocorticoide pode ser suspenso após o transplante e o paciente deve ser monitorado quanto a recidiva da doença autoimune hepática no enxerto.
- 82 O ácido ursodesoxicólico é o medicamento de escolha para o tratamento da CBP. Nos pacientes com resposta inadequada a essa medicação após 12 meses de uso, pode-se considerar o uso do ácido obeticólico como opção terapêutica ou fibratos como alternativa *off-label*.
- 83 A CEP é uma doença autoimune que causa inflamação e fibrose das vias biliares intra- e extra-hepáticas cujo diagnóstico de imagem é feito mediante colangiografia por endoscopia, estando a colangiografia por ressonância resguardada apenas aos casos em que a endoscópica não estiver disponível.
- 84 Pacientes com CEP que apresentem piora da colestatase, perda ponderal e aumento do CA 19.9 são suspeitos de estarem evoluindo com carcinoma hepatocelular.
- 85 A hepatite autoimune pode ser dividida em tipos 1 e 2. A do tipo 1 é mais comum na faixa etária menor que 14 anos e tem geralmente início mais súbito, com quadros de hepatite aguda, raramente apresentando-se já com cirrose estabelecida.

Em consulta de rotina com ginecologista, uma mulher com trinta e seis anos de idade, sem comorbidades, apresentou exames laboratoriais com alterações significativas nos valores das enzimas hepáticas e canaliculares. Foram solicitadas, então, pesquisas de autoanticorpos e sorologias virais, com todos os resultados negativos.

Tendo o caso clínico em apreço como referência inicial, julgue os itens subsequentes, relativos às etiologias não virais e não autoimunes de doenças hepáticas.

- 86 Em um paciente com síndrome metabólica, esteatose hepática no exame de imagem e aumento no valor de enzimas hepáticas, ao se descartar ingestão de álcool significativo em sua história clínica, confirmam o diagnóstico de doença hepática gordurosa não alcoólica.
- 87 A lesão hepática induzida por drogas é de característica hepatocelular, mesmo quando há aumento de enzimas canaliculares, sendo essa secundária a compressão dos ductos biliares intra-hepáticos pelos hepatócitos inflamados.
- 88 Pacientes não cirróticos que apresentem trombose de veia porta sem um fator causal claro devem ser avaliados por um hematologista para pesquisa de trombofilia ou doença mieloproliferativa. Nos pacientes cirróticos, tal indicação só se mantém caso haja história familiar ou exame laboratorial que sugira alguma das etiologias.

Tendo em vista que, apesar da diminuição da prevalência das hepatites virais em detrimento de outras causas de doenças hepáticas crônicas, em especial metabólicas, ainda se faz necessário o amplo conhecimento de sua fisiopatologia e suas bases de tratamento, pois é esse saber que tem possibilitado o melhor controle em relação a essas doenças, julgue os itens que se seguem, relativos a hepatites virais.

- 89 Todos os pacientes com sintomas de hepatite aguda devem ser testados para hepatite E.
- 90 Paciente com anticorpo anti-HBc positivo, anti-HBs negativo e antígeno HBs negativo tem alta probabilidade de ser um transmissor da hepatite B, especialmente por via sexual.
- 91 Pacientes com hepatite B e coinfeção com a hepatite D devem ser tratados com Peg-interferon-alfa.
- 92 Um profissional da saúde que sofra um acidente com uma agulha contaminada com sangue de paciente com hepatite C deve fazer o teste HCV-RNA em 4 semanas e o anti-HCV em 12 semanas.
- 93 O objetivo primário do tratamento da hepatite C é evitar a replicação viral.

Um homem com cinquenta e seis anos de idade foi admitido sem acompanhante em pronto-socorro devido a queixa de aumento do volume abdominal. Ele apresentava fala arrastada e desconexa. No exame físico observaram-se ascite volumosa, circulação colateral em parede abdominal, aranhas vasculares na parede torácica e *flapping*. O exame de imagem evidenciou fígado de volume reduzido e com padrão nodular, sugerindo cirrose hepática.

Tendo esse caso clínico como referência inicial, julgue os próximos itens, a respeito da cirrose hepática e suas complicações.

- 94 O uso do TIPS (*shunt* porto-sistêmico) agrava os quadros de síndrome hepatopulmonar por aumentar a pressão arterial pulmonar.
- 95 Paciente ascítico que apresenta descompensação de cirrose deve ser submetido a paracentese diagnóstica.
- 96 Os *shunts* portossistêmicos aumentam a chance de desenvolvimento de encefalopatia hepática.
- 97 No paciente cirrótico com disfunção renal e ascite tensa, deve-se infundir albumina após paracentese independente do volume retirado.

#### Espaço livre

Uma mulher com trinta e cinco anos de idade, com queixa de fadiga e prurido generalizado havia 6 meses, notou que seus olhos estavam amarelados. Por isso, procurou atendimento médico, no qual foram solicitados exames laboratoriais com transaminases 3× acima do normal, fosfatase alcalina 10× acima do normal, gamaglutamiltransferase 2× acima do normal, bilirrubinas totais de 6 UI/mL sem predomínio de direta ou indireta. Plaquetas: 50.000 TAP- INR: 1,4. Ultrassonografia de abdome com achado de parênquima hepático heterogêneo, sem colelitíase ou sinais de obstrução de vias biliares intra- ou extra-hepáticas. A paciente foi submetida a exames solicitados por hepatologista, nos quais foram detectados: anticorpo antimitocôndria positivo, hipergamaglobulinemia, demais autoanticorpos negativos, vírus negativo, perfis de ferro e cobre normais. A paciente negou história de etilismo ou uso de medicamentos/drogas previamente.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 98 Trata-se de um caso de colangite biliar primária.
- 99 É recomendado submeter a paciente a um exame de imagem complementar como colangiografia para melhor avaliar vias biliares intra- e extra-hepáticas.
- 100 A paciente em questão pode evoluir com osteoporose, esteatorreia e deficiência de vitamina K se a colestase for prolongada.
- 101 Devido à estabilidade clínica da paciente, é recomendada uma biópsia hepática para confirmação diagnóstica.
- 102 O tratamento indicado nesse caso é o uso de ácido ursodesoxicólico oral a longo prazo.

Um paciente com trinta anos de idade referiu ter notado icterícia em esclera havia um dia, após viagem de carnaval para a Bahia. Ele referiu mal-estar, enjoo, colúria, sem acolia ou prurido. Exames laboratoriais confirmaram hepatite aguda por vírus A.

Julgue os itens a seguir, relativos a esse quadro clínico.

- 103 Esse paciente provavelmente se contaminou pelo vírus A ao ingerir alimentos ou água contaminados na Bahia.
- 104 A hepatite A pode levar a hepatite fulminante, razão por que há necessidade de internação hospitalar desse paciente.
- 105 Para o diagnóstico sorológico de hepatite A aguda desse paciente, é mandatório o teste de ELISA VHA IgM positivo.
- 106 Durante a internação desse paciente, sugere-se terapêutica com corticoides e vitamina E.
- 107 A icterícia desse paciente poderá durar até 6 meses, caso a soroconversão seja tardia.

Uma mulher com trinta e quatro anos de idade procurou atendimento médico devido a achado de nódulo hepático em ultrassonografia pedida pelo ginecologista. Ela fazia uso de contraceptivos orais.

RNM abd com primovist 8/2/18: nódulo hepático 3×2,7cm SIV (dobrou de tamanho em 1,5 ano) compatível com adenoma. Foi proposto implanon com progesterona apenas.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 108 Essa paciente jovem, em idade fértil e em uso de contraceptivos orais, tem os principais fatores de risco para desenvolver adenoma hepático.
- 109 Observa-se nesse caso que a suspensão de estrógenos poderá promover a diminuição do nódulo hepático.
- 110 PET SCAN para avaliar lesões suspeitas extra-hepáticas deve ser o exame de primeira escolha para essa paciente.
- 111 Está indicada para essa paciente biópsia hepática guiada por USG do nódulo suspeito.

Paciente com cinquenta e quatro anos, etilista (140 g/dia de etanol), há 4 meses com edema de MMII (++/4+), aumento de volume abdominal, dispneia, e plenitude pós-prandial. Exame físico: consciente e orientado, emagrecido, ginecomastia bilateral, eritema palmar bilateral, aranhas vasculares em tronco e MMSS, ausculta cardiopulmonar sem alterações, PA: 100 × 60 mmHg, FC: 90 bpm; SatO<sub>2</sub>: 95%, abdome com circulação colateral e presença do sinal de piparote. Peso: 53 kg. Foram realizados exames subsidiários: anti-HCV e HBSAg negativos, Hb: 13,5 g/dL, Ht: 35%, albumina: 2,9 mg/dL, bilirrubinas totais: 1,7 mg/dL, TAP com INR: 1,6, TGO: 96 mg/dL (10-36), TGP: 59 mg/dL (15-35), GGT: 189 mg/dL (25-56), creatinina: 1,9 mg/dL (0,2-1,1), ureia: 55 mg/dL (15-45), sódio: 139 mEq/L (135-145), potássio: 4,1 mEq/L (3,5-5,5).

Julgue os itens que se seguem, referentes a esse caso clínico.

- 112 O controle para avaliar a resposta terapêutica desse paciente deve-se dar por pesagem diária, débito urinário e medida da circunferência abdominal.
- 113 Trata-se de paciente portador de cirrose hepática por álcool compensada.
- 114 Aumento de volume abdominal, edema de MMII e sinal do piparote corroboram o diagnóstico de ascite.
- 115 Caso o paciente seja submetido a paracentese diagnóstica, esse procedimento poderá ser feito à beira do leito, com punção abdominal preferencialmente em fossa ilíaca direita.
- 116 O tratamento a ser proposto para esse paciente deve envolver o uso de diuréticos, preferencialmente espironolactona e furosemida.

Uma mulher com cinquenta e sete anos, sem queixas, procurou atendimento para tratar hepatite por vírus C, com alteração de enzimas hepáticas. Fibroscan F0.

Exames: ferritina: 103; amilase: 71; TGO: 81; TGP: 137; FA: 94; GGT: 47; BT: 0,56; albumina: 4,7 plaq: 287. INR: 1; alfafeto: 3,8; PCR VHC: 53.963 cópias por milhão genótipo 3. Biópsia hepática: 12 espaços porta – A0F0.

A respeito desse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 117 Conforme protocolo brasileiro de hepatite C, essa paciente terá indicação para tratamento da hepatite C, mesmo sem fibrose documentada.
- 118 Por se tratar de genótipo 3, que corresponde a um vírus bom respondedor, está indicado tratamento apenas com ribavirina 1000 mg/dia por 12 semanas.
- 119 Essa paciente será considerada curada se sua carga viral estiver negativa 6 meses após o término do tratamento.
- 120 O controle para avaliar se essa paciente está curada poderá dar-se por sorologia para hepatite C.

### Espaço livre