

Questão 1

Paciente feminina, 55 anos, foi encaminhada ao hepatologista por apresentar alteração de bioquímica hepática durante exames de rotina. Refere astenia e adinamia há cerca de 6 meses. Tem história de hipotireoidismo diagnosticado há cerca de 5 anos. Exame físico sem alterações. Seus exames laboratoriais mostravam: AST: 41 U/L (valor de referência até 37 U/L); ALT: 48 U/L (valor de referência até 41 U/L); fosfatase alcalina: 735 U/L (valor de referência até 300 U/L); gamaglutamil transferase: 525 U/L (valor de referência até 50 U/L); bilirrubinas totais: 0,8 mg/dL; albumina 3,8 mg/dl; TAP 78%; INR 1,1; anti-VHC negativo; HBsAg negativo; anti-HBc IgG positivo; anti-HBs positivo; FAN negativo; anticorpo antimúsculo liso 1:160 com padrão vascular; anticorpo antimitocôndria 1/80. Sobre o caso clínico apresentado, responda as seguintes questões.

a) Qual o diagnóstico mais provável para essa paciente? Indique os parâmetros que foram utilizados para estabelecer o diagnóstico nessa paciente? (05 pontos)

Colangite biliar primária

FA >1,5 vezes VR e AAM positivo título > 1/40

b) Considerando o diagnóstico mais provável para essa paciente, qual o tratamento medicamentoso indicado? Qual dose deverá ser prescrita? (05 pontos)

Ácido ursodesoxicólico na dose de 13 a 15 mg/kg/dia.

c) A resposta ao tratamento medicamentoso deve ser avaliada após quanto tempo? Qual o critério deve ser utilizado, de acordo com as Recomendações da Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH) para avaliar essa resposta? Quais parâmetros são utilizados nesse critério? (05 pontos)

Avaliação de resposta com 12 meses.

Critério de Paris II: Fosfatase alcalina (FA $\geq 1.5X$ ULN) ou AST ($\geq 1.5X$ ULN) ou bilirrubina total (>1 mg/dL)

d) Considerando que essa paciente não teve resposta completa ao tratamento medicamentoso utilizado, cite uma droga que pode ser considerada para essa paciente. (05 pontos)

Fibratos (off label), budesonida ou ácido obeticólico

Questão 2

Paciente feminina, 55 anos, com diagnóstico de cirrose hepática por álcool foi encaminhada para o ambulatório de hepatologia para acompanhamento. Nega episódios prévios de hemorragia digestiva alta. Ao exame físico encontrava-se em bom

estado geral, lúcida, orientada e anictérica. Pressão arterial de 110/80 mmHg, frequência cardíaca de 80 bpm. Abdomen flácido sem maciez móvel. Realizou exames há cerca de 30 dias que evidenciaram plaquetas: 105.000/mm³; TAP 72%; INR 1,2; Na:134 mEq/L. Ultrassonografia de abdome mostra sinais de hepatopatia crônica sem lesão focal e ausência de ascite. Endoscopia digestiva alta evidencia varizes esôfago de fino calibre sem sinais vermelhos e gastropatia congestiva de leve intensidade. Sobre o caso clínico responda as seguintes questões:

a) O médico que atendeu a paciente prescreveu carvedilol para a paciente. Justifique essa conduta. (05 pontos)

O tratamento com NSBBs (propranolol, nadolol ou carvedilol) deve ser considerado para a prevenção de descompensação em pacientes com CSPH. O carvedilol é o BBNS preferido na cirrose compensada, pois é mais eficaz na redução do HVPG.

Após 6 meses da consulta inicial a paciente é admitida Pronto Socorro com quadro de hematêmese e melena. A paciente mantinha ingestão alcoólica e estava em uso irregular do carvedilol. Ao exame físico de admissão estava lúcida e orientada, sem flapping. Apresentava icterícia 1+/4+ e ascite moderada. Apresentava pressão arterial de 80/60 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm. Exames da admissão mostravam hemoglobina: 6,5 g/dL; leucócitos: 3.800/mm³; plaquetas: 63.000/mm³, INR 2,3.

b) De acordo com a literatura atual essa paciente tem indicação de receber hemocomponentes (concentrado de hemácias, plasma fresco congelado e plaquetas)? Justifique a sua conduta. (05 pontos)

- Paciente tem indicação de receber concentrado de hemácias – para atingir uma hemoglobina alvo entre 7-8 g/dl.

- A transfusão de plasma fresco congelado não é recomendada, pois não corrige a coagulopatia e pode levar a sobrecarga de volume e aumento da hipertensão portal.

- A transfusão de plaquetas não é recomendada. Não há evidências de que a contagem plaquetária esteja associada ao risco de falha no controle do sangramento ou ressangramento.

c) Ainda na sala de emergência, durante o atendimento inicial, quais medicações devem ser prescritas para essa paciente? (05 pontos)

Reposição volêmica cautelosa com objetivo de manter PAS > 90 mmHg e FC < 100 bpm - no caso como a Hb < 7,0 prescrever Concentrado de hemácias.

Vasoconstrictor esplâncnico (terlipresina, somatostatina e octreotida)

Antibiótico profilaxia com norfloxacina ou ceftriaxone

Lactulose para profilaxia de EH

d) Foi realizada endoscopia digestiva alta que confirmou que a origem do sangramento era varicosa. Manteve-se o protocolo de tratamento para hemorragia digestiva varicosa com controle do sangramento e boa evolução clínica, porém com piora da ascite, sendo necessária a realização de uma paracentese de alívio com retirada de 08 litros de líquido ascítico. Como deve ser feita a prevenção de disfunção circulatória pós paracentese nesse caso? (05 pontos)

Paciente deve receber de 6 a 8 gramas de albumina humana a cada litro de líquido ascítico retirado.

Questão 3

Paciente de 56 anos, cirrótico por vírus da hepatite C, com resposta virológica sustentada após tratamento do vírus C. Paciente perdeu o seguimento e durante exame de ultrassonografia de rotina foi evidenciado dois nódulos hepáticos compatíveis com carcinoma hepatocelular. Realizou ressonância de abdome que mostrou um nódulo no segmento VIII de 3,2 cm e outro nódulo no segmento VI de 3,4 cm. O paciente não tem outras lesões no fígado em nem a distância. Paciente Child A 5, Meld 11, plaquetas de $88.000/\text{mm}^3$ e com varizes de esôfago de médio calibre. Sobre o caso apresentado, responda:

a) Qual a melhor conduta inicial para este paciente? (10 pontos)

Quimioembolização da lesão como ponte para transplante hepático e pode-se discutir transplante com doador vivo.

b) Imagine o cenário 1, em que no próximo controle de imagem os tumores aumentaram para 4,4 cm e 4,2. Qual seria a melhor conduta nesse momento? (5 pontos)

Paciente deve migrar para tratamento sistêmico.

c) Imagine o cenário 2, em que após o tratamento inicial que você indicou as lesões diminuíram para 3,0 e 2,8 cm. Qual seria a melhor estratégia de tratamento e seguimento? (5 pontos)

1- Listar para Transplante de fígado

2- Repetir as imagens e avaliar nova TACE ou Radiofrequência

Questão 4:

Paciente masculino, 55 anos, durante investigação de plaquetopenia foi detectado recentemente anti-VHC reagente. Ao exame físico apresenta bom estado geral, mucosas normocoradas, anictéricas, eritema palmar, aranhas vasculares e ginecomastia; abdome flácido, indolor, traube ocupado e baço palpável 3 cm do rebordo costal esquerdo, sem ascite. Exames laboratoriais recentes mostram: RNA do VHC por PCR: 350.000 UI/ml, Genótipo do VHC: 1a; HBsAg não reagente, Anti-HBc IgG não reagente; anti-HBs reagente, anti-HIV não reagente. Bilirrubina total 1,5 mg/dL; albumina 3,6 g/dL; INR 1,3; creatinina 1,4g/dL; clearance creatinina CKD-EPI 59 ml/min; AST: 67 U/L; ALT: 87 U/L, plaquetas: $125.000/\text{mm}^3$. Ultrassonografia de abdome com sinais de hipertensão portal, esplenomegalia e ausência de ascite. De acordo com a nota técnica nº 280/2023 do Ministério da Saúde do Brasil que orienta o tratamento da hepatite C no SUS, responda as seguintes questões sobre o caso clínico:

a) Qual o critério (parâmetro/exame) fundamental para indicar o tratamento da hepatite crônica pelo VHC? (05 pontos)

Presença de infecção ativa pelo vírus C (PCR VHC positivo), independente do grau de fibrose.

b) Qual o papel do exame de genotipagem pré-tratamento? Justifique. (05 pontos)

O exame de genotipagem não é necessário para decisão terapêutica, já que os novos DAAs (antivirais de ação direta) são pangentotípicos, com elevada taxa de cura independente do genótipo.

c) Qual o esquema terapêutico indicado para este paciente? (droga, dosagem e tempo de tratamento) (05 pontos)

Considerando que o paciente tem cirrose compensada, Child A (5 pontos), o tratamento deverá ser Sofosbuvir 400mg/Velpatasvir 100mg - 01 comprimido por dia, durante 12 semanas. A presença de disfunção renal não modifica o esquema terapêutico.

d) Como avaliar o sucesso do tratamento? (qual exame solicitar e quando solicitar?) Podemos falar em cura da hepatite C? (05 pontos)

A avaliação da resposta virológica sustentada deverá ser realizada através da quantificação de PCR VHC a partir de 12 semanas após o término do tratamento. Caso este PCR VHC seja negativo o indivíduo pode ser considerado curado.

Questão 5

ALS, 79 anos, feminina, viúva, aposentada, natural de Resplendor-MG. Em 2017 notou tumorações arroxeadas em região frontal e em braço direito sendo diagnosticada com linfoma de pele de alto grau, CD20+. Co-morbidades: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Exame físico sem sinais de hepatopatia crônica. Ultrassonografia de abdome normal. Exames laboratoriais: AST 15 U/L; ALT 19 U/L; creatinina 1,0 mg/dL; clearance creatinina CKD-EPI 57 ml/min; HBsAg negativo; anti-HBc IgG positivo; anti-HBs: 162,59 mUI/MI; HBV DNA não detectável. Em programação de radioterapia e quimioterapia com o esquema R-CHOP (rituximabe, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona). De acordo com o PCDT Hepatite B e Co-infecções do Ministério da Saude do Brasil, responda as seguintes questões:

a) Como interpretar a sorologia de hepatite B? (5 pontos)

Contato prévio e imunidade para o VHB.

b) Qual o risco desta paciente risco de reativar o VHB? Justifique sua resposta. (5 pontos)

Paciente com alto risco de reativar o vírus B (>10%) devido a doença de base (linfoma) e drogas utilizadas – rituximabe (anti CD20). O risco aumenta ainda mais pela associação com doxorubicina e prednisona.

c) Qual a melhor estratégia para este caso: monitorização ou terapia antiviral? Justifique sua resposta e explique como realizar uma conduta ou outra (exames e intervalo de tempo ou qual droga e dosagem). (05 pontos)

A melhor estratégia é a terapia antiviral devido ao alto risco de reativação.

O entecavir é a droga de escolha em paciente submetido a terapia imunossupressora/quimioterapia e também devido a disfunção renal (CC<60 ml/min).

A dose é de 0,5 mg/dia – pois o ajuste de dose para função renal só é necessário quando o CC<50 ml/min.

d) Quando iniciar e quando suspender a estratégia escolhida? (5 pontos)

Iniciar imediatamente o antiviral e manter até 18 a 24 meses após a suspensão do tratamento com Rituximabe.

(Recomenda-se também a monitorização de ALT e HBVDNA a cada 3 a 6 meses durante a profilaxia antiviral e por, pelo menos, 12 meses após a suspensão do analógo)