

### 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/mm<sup>3</sup>; 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/mm<sup>3</sup>; plaquetas: 63.000/mm<sup>3</sup>, 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 Saúde 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)