

RESPOSTAS ESPERADAS

QUESTÃO 1

a.

- Transplante renal há mais de 1 ano;
- Função renal estável – creatinina < 1,5 mg/dl e ausência ou proteinúria mínima;
- Ausência de episódios de rejeição no último ano;
- Ausência de infecções potencialmente danosas ao feto, como CMV;
- Ausência de medicações teratogênicas;
- Medicações imunossupressoras de manutenção estáveis em nível adequado.

b.

- Trocar o micofenolato por azatioprina, pela associação do micofenolato com malformações fetais;
- Prescrição de sulfato ferroso – tratamento da anemia ferropriva apresentada pela paciente;
- Prescrição de ácido fólico – para evitar defeitos no tubo neural do feto;
- Prescrição de ácido acetilsalicílico – prevenção de pré-eclâmpsia;
- Prescrição de carbonato de cálcio – prevenção de pré-eclâmpsia;
- Ajuste de tacrolimo durante gestação – manter nível sanguíneo adequado para prevenir rejeição aguda.

QUESTÃO 2

a.

- Rejeição celular aguda Banff IIA (0,3)
- nefropatia crônica (0,3).

b.

- Pesquisa de anticorpo anti HLA- afastar rejeição mediada por anticorpos
- Administrar profilaxia - antibiótica (sulfametoxazol-trimetoprima ou cefalexina), antiviral (valganciclovir, ganciclovir, coleta antigenemia ou controle PCR CMV), estrogiloidíase (ivermectina).
- Pulsoterapia com corticoide – metilprednisolona 2-5 mg/kg dia (máximo de 500 mg) por 3-5 dia.

- Timoglobulina 1,5-3 mg/kg/dose, dose total de 5-10 mg/kg.
- Ajuste de terapia imunossupressora de manutenção – reintroduzir tacrolimo e micofenolato, manter nível sanguíneo de tacrolimo 5-7 ng/mL.

QUESTÃO 3 -considerar corretas duas das três possibilidades, independente se respostas a ou b.

A ou b. Rejeição celular aguda:

alterações histológicas – inflamação intersticial (i), tubulite (t), arterite intimal (v).

propostas terapêuticas – tratamento com corticoide e/ou timoglobulina; ajuste imunossupressão; avaliar tratamento antiproteinúrico.

A ou b. Recidiva de nefropatia por IgA:

alterações histológicas – depósitos mesangiais de IgA, hiper celularidade e expansão da matriz mesangial, glomerulosclerose, inflamação tubulointersticial, atrofia tubular e fibrose intersticial.

propostas terapêuticas – tratamento antiproteinúrico com espironolactona, inibidor de enzima conversora de angiotensina (iECA) ou bloqueador do receptor de angiotensina (BRA)

a ou b. Nefropatia crônica:

alterações histológicas – atrofia tubular, fibrose intersticial, fibrose intimal vascular.

propostas terapêuticas – manutenção de nível baixo de inibidor de calcineurina; considerar suspensão de inibidor de calcineurina; avaliar tratamento antiproteinúrico.

OBS: diagnóstico peso 2, alteração histológica peso 1, proposta terapêutica peso 2.

QUESTÃO 4

A.

- Orientar sobre métodos dialíticos- hemodiálise e diálise peritoneal
- Providenciar acesso vascular definitiva ainda em tratamento conservador
- Pela idade e doença renal primária, sugerir peritoneal first

B.

- TFG < 20 ml/min- pode fazer transplante preemptivo com doador vivo. Como a doença renal primária é diferente de diabetes tipo I, e o paciente é adulto, só poderá ser listado e ativado em lista de doador falecido com TGF < 10 ml/min.

QUESTÃO 5

a. Estratificação de risco:

- a.** Alto risco: doador positivo/receptor negativo, indução com dose alta de timoglobulina (> 4,5 mg/kg)
- b.** Risco moderado: doador positivo/receptor positivo; indução com timoglobulina 3 mg/kg
- c.** Baixo risco: doador positivo/receptor positivo sem indução, doador CMV negativo.

b. Alto risco: profilaxia ou protocolo preemptivo.

Risco moderado: profilaxia ou preemptivo.

Baixo risco: investigação dirigida por sintoma, protocolo preemptivo.

Profilaxia: ganciclovir IV ou valganciclovir VO por 3 a 6 meses.

Preemptivo: coleta seriada de carga viral (antigenemia ou PCR) a intervalos regulares, entre 15 dias e 6 meses pós transplante.