

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL Nº 01/2017 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 08

MÉDICO I (Nefrologia)

01.	E	11.	A	21.	E
02.	D	12.	D	22.	D
03.	B	13.	B	23.	C
04.	D	14.	D	24.	B
05.	E	15.	D	25.	D
06.	D	16.	B		
07.	E	17.	A		
08.	C	18.	C		
09.	C	19.	D		
10.	C	20.	D		

**EDITAL Nº 01/2017**
DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)**MISSÃO**

Ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação.

PS 08 - MÉDICO I
(Nefrologia)

MATÉRIA	QUESTÕES	PONTUAÇÃO
Conhecimentos Específicos	01 a 25	0,40 cada

**FAURGS**
Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA FAURGS E DO HCPA.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: _____





FAURGS
Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INSTRUÇÕES

- 1 Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 2 Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 Os candidatos que comparecerem para realizar a prova **não deverão portar** armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer aparelhos eletrônicos similares, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos auriculares, prótese auditiva, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto. **Os relógios de pulso serão permitidos, desde que permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica, preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca-textos, lapiseira/grafite e/ou borracha durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.16.2 do Edital de Abertura)
- 7 Não serão permitidos: nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.16.3 do Edital de Abertura)
- 8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **26** serão desconsideradas.
- 9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 10 A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 11 **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.**
- 12 **Após concluir a prova e se retirar da sala de prova, o candidato somente poderá se utilizar de sanitários nas dependências do local de prova, se for autorizado pela Coordenação do Prédio e estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.16.6 do Edital de Abertura)
- 13 Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica). Se assim não proceder, será excluído do Concurso. (Conforme subitem 7.16.8 do Edital de Abertura)
- 14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.



01. Em relação à etiopatogenia da glomerulonefrite membranosa, qual antígeno foi identificado na membrana celular do podócito, contra o qual são formados anticorpos em mais da metade dos pacientes, sugerindo a formação de imunocomplexos *in situ*?

- (A) Mieloperoxidase.
- (B) Endopeptidase neutra.
- (C) Megalina.
- (D) Nucleosoma.
- (E) Receptor A2 da fosfolipase.

02. O tratamento das formas primária e secundária da glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF) com proteinúria nefrótica é diferente. Para a GESF primária e secundária, respectivamente, o manejo terapêutico deve basear-se, principalmente, em

- (A) inibidor do sistema renina-angiotensina e ciclosporina.
- (B) prednisona e ciclosporina.
- (C) antirretrovirais e prednisona.
- (D) prednisona e inibidor do sistema renina-angiotensina.
- (E) antirretrovirais e inibidor do sistema renina-angiotensina.

03. Em um paciente com *diabetes mellitus*, proteinúria e perda de função renal, em que se suspeita haver uma glomerulopatia não diabética, avalia-se a necessidade de biópsia renal para diagnóstico diferencial. Considere os fatores abaixo.

- I - Rins de tamanho normal ou aumentados na ecografia.
- II - Ausência de retinopatia diabética.
- III- Perda rápida de função renal.
- IV - Presença de síndrome nefrótica.

Quais indicariam a necessidade de biópsia?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II e III.
- (C) Apenas II e IV.
- (D) Apenas I, III e IV.
- (E) Apenas II, III e IV.

04. Um paciente portador de *diabetes mellitus* de longa data apresenta rápida deterioração da função renal. Sobre essa deterioração, considere as causas abaixo.

- I - Uso de bloqueador da angiotensina em Estenose aterosclerótica de artéria renal.
- II - Glomerulonefrite mesangial com depósitos de IgA.
- III- Necrose de papila renal com obstrução ureteral.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas I e II.
- (D) Apenas I e III.
- (E) I, II e III.

05. A glomerulonefrite rapidamente progressiva é uma síndrome clínica que representa uma variedade de doenças glomerulares, em que ocorre perda rápida e progressiva da função renal, em semanas ou meses. A alteração histológica que está caracteristicamente associada a esse tipo de agressão ao glomérulo é

- (A) proliferação endocapilar.
- (B) alças em arame.
- (C) lobulação do mesângio.
- (D) trombos intracapilares.
- (E) proliferação extracapilar.

06. Um paciente com diagnóstico de Nefropatia por IgA, após 6 meses de tratamento com inibidor da enzima conversora da angiotensina e controle ideal da pressão arterial, continua com proteinúria de 24 horas de 2,1g. Neste momento, a sua taxa de filtração glomerular foi estimada em 74mL/min/1,73m². A próxima etapa do manejo terapêutico desse paciente, visando impedir a progressão da doença, é

- (A) iniciar ciclofosfamida oral e manter por 3 meses.
- (B) iniciar ômega-3 (óleo de peixe) e manter por 12 meses.
- (C) iniciar micofenolato mofetil e manter por 6 meses.
- (D) iniciar corticosteroide e manter por 6 meses.
- (E) associar bloqueador do receptor da angiotensina.

07. Paciente, sexo feminino, 62 anos, previamente hígida, apresenta-se na sala de emergência com quadro de tosse e hemoptise, dispneia e fadiga recentes. Há 48 horas, observou diminuição do volume urinário. Estava hipertensa na chegada à emergência. O laboratório inicial revelou hematúria, anemia (hemoglobina 8,2g/dL), índice proteinúria/creatininúria de 1,3 e creatinina de 4,8mg/dL. O raio X de tórax mostrou infiltrado pulmonar bilateral; e a ecografia, rins de tamanho normal. Foi solicitado o Anticorpo Anticitoplasma de Neutrófilo (ANCA), considerando a hipótese de síndrome pulmão-rim por vasculite sistêmica. Sobre a indicação de biópsia renal para essa paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Não deve ser realizada se o resultado do ANCA for positivo e maior que 1:80.
- (B) Deve ser realizada, posteriormente, como último recurso diagnóstico.
- (C) O quadro clínico é típico, e pode-se prescindir da biópsia renal.
- (D) Não deve ser realizada, pois o uso de corticosteroide e plasmaferese está indicado em qualquer tipo de vasculite sistêmica.
- (E) Deve ser feita precocemente para definir o diagnóstico de glomerulonefrite crescêntica e ser iniciado tratamento imunossupressor específico.

08. A classificação da glomerulonefrite membrano-proliferativa foi modificada recentemente. Quais são os dois subtipos da Glomerulopatia do C3 que se caracterizam por lesão glomerular de padrão membrano-proliferativo na histologia e, na imunofluorescência, por depósitos de C3 ao longo da membrana basal glomerular na ausência de depósitos de imunoglobulinas?

- (A) Glomerulonefrite Membrano-Proliferativa Tipo I e Tipo III.
- (B) Glomerulopatia do C3 e Glomerulonefrite Membrano-Proliferativa Tipo III.
- (C) Glomerulonefrite do C3 e Doença de Depósito Denso.
- (D) Glomerulonefrite Membrano-Proliferativa Tipo I e Doença de Depósito Denso.
- (E) Glomerulopatia do C3 e Glomerulonefrite Membrano-Proliferativa Tipo I.

09. Qual é a resposta fisiológica compensatória a uma acidose respiratória?

- (A) Rápido início de hiperventilação com queda na $p\text{CO}_2$.
- (B) Rápida reabsorção tubular renal de bicarbonato com elevação de bicarbonato sérico.
- (C) Lenta reabsorção tubular renal de bicarbonato com elevação de bicarbonato sérico.
- (D) Lenta redução da $p\text{CO}_2$.
- (E) Rápido aumento da reabsorção tubular de hidrogênio com redução do bicarbonato sérico.

10. São causas de acidose metabólica com *anion gap* normal:

- (A) acidose láctica e cetoacidose diabética.
- (B) insuficiência renal crônica e acidose láctica.
- (C) diarreia profusa e acidose tubular renal.
- (D) insuficiência renal crônica e insuficiência renal aguda.
- (E) insuficiência renal aguda e diarreia profusa.

11. Paciente interna no Centro de Tratamento Intensivo hipotenso, com extremidades frias e torporoso, no sétimo dia pós-operatório de cirurgia para ressecar neoplasia intestinal. Tinha apresentado febre no dia anterior. Abdômen é tenso, com defesa. Respiração é rápida e laboriosa. Exames iniciais mostram: pH 7,39; $p\text{CO}_2$ 25mmHg; sódio 142mEq/L; cloro 90mEq/L.

Qual é o diagnóstico ácido-base?

- (A) Acidose metabólica e alcalose respiratória.
- (B) Acidose metabólica e acidose respiratória.
- (C) Alcalose metabólica e alcalose respiratória.
- (D) Alcalose metabólica e acidose respiratória.
- (E) Alcalose respiratória sem distúrbio metabólico.

12. Para paciente com sódio sérico de 120mEq/L, considere os tratamentos abaixo.

- I - O tratamento deve ser agressivo independentemente da sintomatologia do paciente.
- II - Restrição de aporte de água livre é sempre uma atitude recomendável.
- III- Se o paciente não tem diurese responsiva à furosemida, indica-se diálise.

Quais estão corretos?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas I e II.
- (C) Apenas I e III.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

13. Sobre a incidência de neoplasias após o transplante, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Os tipos de neoplasias mais encontrados são neoplasias cutâneas, linfomas, de pulmão, de próstata e neoplasia renal.
- (B) O carcinoma basocelular, seguido do espinocelular, é o subtipo mais encontrado de neoplasia cutânea no paciente transplantado renal.
- (C) O uso do sirolimo pode retardar o aparecimento de neoplasia cutânea e outras neoplasias malignas.
- (D) O uso de globulina antitimócitos está associada a maior incidência de PTLD (*Post-Transplant Lymphoproliferative Disease*) após o transplante renal.
- (E) A imunossupressão associada à exposição solar acentuada pode induzir a malignização de lesões induzidas pelo papiloma vírus.

14. Paciente, sexo feminino, branca, 38 anos, com insuficiência renal crônica secundária a nefropatia IgA, em hemodiálise há 2 anos, 3 gestações prévias e 1 transfusão de sangue, apresenta PRA CI 78% e CII 30%. Considerando a realização de transplante renal, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de transplante renal de doador vivo deve ser desencorajado pelo alto risco de recidiva e perda do enxerto a curto prazo.
- (B) Ciclosporina é o inibidor de calcineurina de escolha nesse caso por estar associado a menor recidiva da nefropatia por IgA após o transplante renal.
- (C) A indução com anticorpos monoclonais antirreceptores de IL-2 é indicada nesse caso para reduzir o risco de rejeição celular aguda.
- (D) Micofenolato de sódio/mofetil são indicados nesse caso por serem potentes antiproliferativos e reduzirem a incidência de rejeição aguda em relação à azatioprina.
- (E) Os inibidores mTOR são uma excelente opção para terapia *de novo* após transplante renal pelo baixo risco de complicações.

15. Em relação a infecções virais após o transplante renal, considere as afirmações abaixo.

- I - Todos os pacientes receptores de transplante renal em tratamento com globulina antitimócitos devem receber ganciclovir endovenoso como profilaxia para citomegalovírus independentemente do seu *status* sorológico.
- II - A infecção pelo poliomavírus pode causar disfunção e perda do enxerto e geralmente apresenta-se pelo aumento assintomático da creatinina sérica durante o primeiro ano após o transplante.
- III- O vírus Epstein-Barr está associado ao desenvolvimento de PTLD em receptores de transplante renal, especialmente nos pacientes EBV- que recebem órgão de um doador EBV+.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas II.
- (B) Apenas I e II.
- (C) Apenas I e III.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

16. Mulher de 30 anos apresenta diagnóstico de pielonefrite aguda. Ela procurou a emergência por apresentar febre, calafrios, dor lombar direita de forte intensidade e vômitos. A dor lombar se iniciara há 3 dias, mas os demais sintomas apareceram no dia anterior à consulta na emergência. Ela tem história de infecção urinária recorrente, relatando 5 episódios no último ano. Relata ainda ter usado levofloxacina no último tratamento há 1 mês. Ao exame, a paciente apresentava estado geral regular, mucosas secas, temperatura axilar de 39°C, pressão arterial de 100/60mmHg, frequência cardíaca de 100bpm, punho-percussão lombar positiva à direita. Foi coletado exame qualitativo de urina, urocultura com teste e hemograma. Paciente recebeu analgesia, hidratação parenteral, e foi iniciado antibiótico carbapenêmico (Imipenem) parenteral de forma empírica. Após 2 dias, paciente continua com febre e dor lombar. Qual a conduta mais adequada neste momento em relação a essa paciente?

- (A) Trocar antibiótico para quinolona parenteral.
- (B) Manter o antibiótico até resultado da urocultura e solicitar ecografia renal e das vias urinárias.
- (C) Solicitar ecografia renal e das vias urinárias e suspender antibiótico até resultado da urocultura.
- (D) Realizar sondagem vesical de demora.
- (E) Solicitar ecografia renal e das vias urinárias e trocar o antibiótico para outro carbapenêmico.

17. Paciente diabético com doença renal crônica está em hemodiálise há 6 meses e possui diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e cardiopatia isquêmica. Os exames de rotina mensal apresentaram os seguintes resultados: cálcio 10,6mg/dL, fósforo 6,8mg/dL, fosfatase alcalina 140UI/L e hormônio da paratireoide fração intacta 920pg/mL. O paciente refere seguir dieta restrita em fósforo conforme orientado por nutricionista e está em uso de carbonato de cálcio de 1 grama no café, almoço e janta. Qual das seguintes alternativas apresenta a conduta mais correta em relação a esse paciente?

- (A) Suspender carbonato de cálcio, iniciar sevelamer de 800mg nas três refeições principais e cinacalcete de 30mg por dia.
- (B) Solicitar nova avaliação nutricional e esperar os exames do próximo mês.
- (C) Encaminhar para paratireoidectomia.
- (D) Iniciar calcitriol de 1 micrograma endovenoso após hemodiálise.
- (E) Suspender carbonato de cálcio, iniciar sevelamer de 800mg nas três refeições principais e aguardar os exames do próximo mês.

18. Sobre a doença renal crônica, considere as afirmações abaixo.

- I - A equação baseada na creatinina sérica *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration* (CKD-EPI) é similar em acurácia à equação *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD) para estimativa da taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) inferior a 60mL/min/1.73m², mas apresenta maior acurácia nas TFGe superiores a 60mL/min/1.73m².
- II - A etiologia principal da anemia da doença renal crônica deve-se à deficiência relativa de eritropoetina. No entanto, inflamação também pode contribuir para a anemia. Em estados inflamatórios, o fígado libera hepcidina, um regulador negativo do metabolismo do ferro, o qual inibe a absorção de ferro intestinal e estimula a captação de ferro pelos macrófagos.
- III- Diuréticos de alça são mais efetivos do que diuréticos tiazídicos como terapia associada a outros anti-hipertensivos em pacientes com taxa de filtração glomerular (TFG) inferior a 30mL/min. No entanto, em TFG acima de 30mL/min, o diurético recomendado é clortalidona, pois há evidências de maior proteção contra eventos cardiovasculares em comparação com a hidroclorotiazida.
- IV - O exame recomendado para imagem renal mais detalhada em pacientes com doença renal crônica em estágios 4 e 5 é a ressonância magnética com gadolínio.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I e II.
- (B) Apenas I e III.
- (C) Apenas I, II e III.
- (D) Apenas I, II e IV.
- (E) Apenas II, III e IV.

19. Paciente, sexo masculino, 70 anos, realiza diálise peritoneal ambulatorial contínua por doença renal crônica há 3 meses. Ele vem à consulta por dor abdominal de forte intensidade há 24 horas. Ao exame, apresenta dor à palpação abdominal difusa e Blumberg positivo. Realizada drenagem do líquido peritoneal, esse se encontra turvo. Foram realizadas três trocas rápidas de solução de diálise peritoneal, foi coletado líquido para análise incluindo cultura e foram iniciadas empiricamente vancomicina e cefepime intraperitoneal. Após 48 horas, paciente continuava com dor abdominal. O abdômen estava distendido com defesa à palpação difusa. Os resultados dos exames mostravam: 1.200 células/mm³ com 80% de neutrófilos polimorfonucleares e cultura positiva, evidenciando flora múltipla. Qual das alternativas abaixo apresenta a conduta mais apropriada em relação a esse paciente?

- (A) Trocar antibiótico conforme sensibilidade do antibiograma para os germes isolados e adicionar metronidazol.
- (B) Remover o cateter e administrar antibiótico conforme sensibilidade do antibiograma para os germes isolados.
- (C) Na suspeita de perfuração intestinal ou do trato biliar, solicitar ecografia abdominal total.
- (D) Na suspeita de perfuração intestinal ou do trato biliar, solicitar avaliação cirúrgica para laparotomia e administrar antibiótico conforme sensibilidade do antibiograma para os germes isolados mais metronidazol.
- (E) Transferir paciente para diálise peritoneal contínua e administrar antibiótico conforme sensibilidade do antibiograma para os germes isolados.

20. Em relação aos métodos de terapia renal substitutiva, considere as afirmações abaixo.

- I - A causa mais comum de falha na drenagem do cateter peritoneal é constipação.
- II - Um resultado do teste de equilíbrio peritoneal na diálise peritoneal indicando que a razão da concentração de glicose (dextrose) após 4 horas de permanência/glicose no tempo 0 é muito baixa e a razão entre a creatinina do dialisato/plasma é muito alta caracteriza uma membrana peritoneal de baixo transportador.
- III - A modalidade de hemodiafiltração com volume de substituição superior a 22 litros por sessão tem mostrado ser superior à hemodiálise convencional na remoção de β 2-microglobulina e de algumas toxinas urêmicas ligadas a proteínas.
- IV - Arritmia cardíaca é uma das principais causas de morte súbita nos pacientes que realizam diálise. O uso de dialisato com baixa concentração de potássio ($<2\text{mEq/L}$) é um fator de risco associado à morte súbita nos pacientes em hemodiálise.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II e III.
- (C) Apenas II e IV.
- (D) Apenas I, III e IV.
- (E) Apenas II, III e IV.

21. Após 5 minutos do início da sessão de hemodiálise, paciente se queixa de dispneia, aperto no peito, tosse e sensação de calor generalizado e lacrimejamento. Quais são o provável diagnóstico e a melhor conduta em relação a esse paciente?

- (A) Pirogenia da diálise; solicitar coleta de hemoculturas.
- (B) Reação anafilática; parar imediatamente a diálise e retornar o sangue para o paciente.
- (C) Reação tipo anafilatoide; continuar a diálise, pois os sintomas irão desaparecer com a continuidade da sessão.
- (D) Bacteremia ou pirogenia da diálise; parar a sessão se houver hipotensão arterial, coletar hemoculturas, administrar antibiótico para Gram-negativo e positivo e reiniciar a sessão de diálise.
- (E) Reação anafilática; parar imediatamente a diálise, não retornar o sangue ao paciente, administrar corticoide e anti-histamínico e, se houver risco iminente de edema de laringe, administrar epinefrina.

22. Paciente, sexo feminino, 45 anos, queixa-se de câimbras e fraqueza após cada tratamento de hemodiálise. Ao avaliar a paciente, após a sessão de diálise, a pressão arterial é de 100/60mmHg e a frequência cardíaca é de 95 batimentos por minuto. Ausculta cardíaca apresenta murmúrio vesicular uniformemente distribuído sem crepitanes e não apresenta edema de extremidades. Qual é a conduta mais apropriada em relação a essa paciente?

- (A) Diminuir a temperatura da diálise.
- (B) Iniciar diálise com concentração de sódio de 145 a 155mmol/L e reduzir linearmente para 140mmol/L durante as próximas sessões de diálise.
- (C) Administrar uma ampola de glicose a 50% na linha arterial da diálise se houver câimbras.
- (D) Aumentar o peso seco em 0,5kg e observar as sessões seguintes.
- (E) Diminuir o tempo das sessões de hemodiálise.

23. Considere a situação de um paciente com litíase urinária portador de hipercalcúria associada à hipercalcemia. São diagnósticos possíveis de explicar a situação, **EXCETO**

- (A) malignidade.
- (B) Hiperparatireoidismo Primário.
- (C) Síndrome de Fanconi Idiopática.
- (D) Doença Granulomatosa.
- (E) imobilização.

24. Sobre a nefropatia relacionada à infecção pelo HIV, assinale a alternativa correta.

- (A) A glomerulopatia colapsante é tipicamente encontrada em pacientes caucasianos com carga viral suprimida.
- (B) A lesão tubular proximal (Síndrome de Fanconi) está associada, por exemplo, ao uso de tenofovir.
- (C) O uso de indinavir, atazanavir e sulfadiazina não está associado à formação urinária de cristais.
- (D) O achado de inclusões tubuloreticulares nas células endoteliais glomerulares indica que a nefropatia não está relacionada com o HIV.
- (E) A observação de deposição imune *full-house* afasta o diagnóstico de glomerulonefrite relacionada com o HIV por imunocomplexos, pois é patognomônica de nefrite lúpica.

25. Considere a relação entre o uso de medicamentos e a formação de cálculos urinários e assinale a alternativa correta.

- (A) O uso oral de aciclovir pode induzir a cálculos.
- (B) O antirretroviral atazanavir pode precipitar-se na urina e formar cálculos.
- (C) Os salicilatos não têm relação com a formação de cálculos de ácido úrico.
- (D) O topiramato pode inibir a atividade da anidrase carbônica e induzir a formação de cálculos de fosfato de cálcio.
- (E) Diuréticos de alça podem ser usados no lugar de tiazídicos quando o objetivo é prevenção de cálculos urinários de cálcio.