

**FICHA DE EXPECTATIVA DE RESPOSTA DA PROVA ESCRITA**

CONCURSO	
Edital:	013/2021 (03/03/2021)
Carreira:	PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
Unidade Acadêmica:	CCS - DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA
Área de Conhecimento:	DERMATOLOGIA

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA TODAS AS QUESTÕES DISCURSIVAS
Clareza e propriedade no uso da linguagem
Coerência e coesão textual
Domínio dos conteúdos, evidenciando a compreensão dos temas objeto da prova
Domínio e precisão no uso de conceitos
Coerência no desenvolvimento das ideias e capacidade argumentativa

**Questão 1:** Valor (0,00 a 2,00)**Discorra sobre o tratamento de Hanseníase, bem como das Reações Hansenicas.****Resposta Esperada:**

Até 2020, a recomendação de tratamento para Hanseníase pelo Ministério da Saúde era 6 doses supervisionadas mensais de rifampicina (600mg), em até 9 meses, mais a sulfona auto-administrada (100mg) e 12 doses supervisionadas mensais de rifampicina (600mg), em até 18 meses, mais a sulfona auto-administrada e mensal (100mg) e a clofazimina auto-administrada (50mg) e supervisionada (300mg).

A partir de setembro de 2020, o Ministério da saúde instituiu a operacionalização da mudança no tratamento, em que todos os pacientes com hanseníase paucibacilar deve tomar também a clofazimina auto-administrada (50mg) e supervisionada (300mg). Ficando dessa maneira o tratamento da hanseníase:

Adulto => rifampicina (600mg) + sulfona auto-administrada e mensal (100mg) e a clofazimina auto-administrada (50mg) e supervisionada (300mg)

Crianças => de rifampicina (450mg) + sulfona auto-administrada e mensal (50mg) e a clofazimina auto-administrada (50mg em dias alternados) e supervisionada (150mg).

Duração: paucibacilar 6 meses e multibacilar 12 meses.

Nas reações do tipo I, a droga de escolha é a prednisona ou prednisolona, na dose de 0,5 a 1 mg/kg/dia. A retirada deverá ser gradual, após o desaparecimento dos sinais inflamatórios.

O tratamento profilático da estrongiloidíase deverá ser realizado.

Na reação tipo 2, a droga de escolha é a talidomida, exceto em mulheres em idade fértil. A dose é de 100 a 300mg/dia. No caso de reações oculares graves, orquite, eritema nodoso necrótico ou acometimento de troncos nervosos, devemos associar o corticoide à talidomida

Ao lado do tratamento medicamentoso, deverão ser tomadas medidas para prevenção e tratamento das incapacidades, além de ser observadas os efeitos colaterais a longo prazo do uso crônico de corticoide nos casos reacionais.

**Questão 2:** Valor (0,00 a 2,00)**A dermatoscopia é um recurso diagnóstico bastante útil para o diagnóstico do Melanoma Cutâneo. Cite pelo menos 3 critérios encontrados na dermatoscopia sugestivos de malignidade e sua respectiva correlação histopatológica.****Resposta Esperada:**

Rede pigmentada: Formada pela presença de pigmento na camada basal da epiderme, seja nos melanócitos ou nos queratinócitos basais

Pontos e glóbulos: representam agregados de melanócitos pigmentados, melanófagos ou melanina livre na camada córnea, epiderme, junção dermoepidérmica ou derme papilar

Estrias radiadas: ninhos de melanócitos juncionais que, agregados, assumem uma conformação linear-tubular em relação à superfície da pele

Pseudopodos: mesma representação das estrias

Áreas amorfas: ocupação da epiderme ou derme papilar pelo pigmento melânico

Área azul homogênea: ocupação da derme reticular pelo pigmento melânico ou hemoglobina reduzida

Hipopigmentação: área epidérmica e/ou dérmica com menor quantidade de melanina

Véu cinza-azulado: acantose epidérmica com ortoceratose compacta e hipergranulose focal, geralmente sobre uma área rica em pigmento melânico, como ninhos confluentes de melanócitos na derme papilar

Áreas brancas cicatriciais: fibrose encontrada no fenômeno de regressão das lesões melanocíticas

Múltiplos pontos cinza-azulados: melanófagos na derme papilar, encontrado no fenômeno de regressão das lesões melanocíticas.

**Questão 3:**

**Valor (0,00 a 2,00)**

**Descreva as características patológicas da psoríase.**

**Resposta Esperada:**

A patologia da psoríase é muito característica: paraceratose, ausência de granulose, acantose regular dos cones interpapilares, atrofia das áreas suprapapilares, papilomatose com capilares dilatados e tortuosos, e presença de polimorfonucleares imediatamente abaixo do estrato córneo paraceratótico, entre as células epidérmicas estão edematosas; estas pequenas coleções de neutrófilos configuram a pústula espongióide de Kogoj. O microabcesso de Munro é a denominação para um acúmulo de neutrófilos já dentro da camada córnea.

**Questão 4:**

**Valor (0,00 a 2,00)**

**Discorra a respeito da etiopatogenia dos pênfigos foliáceo e vulgar. Correlacione à apresentação e distribuição das lesões dermatológicas ao exame clínico e aos achados à imunofluorescência direta.**

**Resposta Esperada:**

Os pênfigos foliáceo e vulgar são doenças de origem autoimune primária, com formação de autoanticorpos contra as desmogleínas, glicoproteínas transmembrana pertencentes ao grupo das caderinas que compõem os desmossomos (estruturas de ancoragem de filamentos intermediários de queratina, que medeiam a adesão intercelular na camada epidérmica da pele). A razão que torna as desmogleínas antigênicas e desencadeia a produção de autoanticorpos nos pênfigos segue obscura. No pênfigo vulgar (PV), o principal antígeno desmossômico envolvido é a desmogleína 3 (Dsg 3) de 130 kDa, mas há também antigenicidade da desmogleína 1 (Dsg1) de 160 kDa. No pênfigo foliáceo (PF), a desmogleína 1 é a única responsável antigênica.

Pacientes com PV e acometimento exclusivo de mucosas, só têm auto anticorpos contra a Dsg 3: a Dsg1, que se concentra nas camadas superficiais da epiderme, está ausente nas mucosas. Nas formas mucocutâneas do PV, os pacientes têm anticorpos anti-Dsg 1 e anti-Dsg 3: além das lesões orais, ocorrem bolhas pouco tensas na pele, decorrentes de acantólise nas camadas profundas da pele principalmente, as camadas basal e supra-basal. No PF, não há comprometimento de membranas mucosas, somente cutâneo, com bolhas superficiais na epiderme, que se rompem rapidamente na evolução (efêmeras), resultando em crostas e exulcerações ao exame clínico. Os anticorpos são exclusivamente do tipo anti-Dsg 1 no PF, com acantólise proeminente nas camadas mais superficiais da epiderme, região de maior concentração da Dsg 1

A imunofluorescência direta da pele perilesional é positiva em 100% dos casos de PF e de PV, e o anticorpo mais encontrado é do tipo IgG, mas também podem estar associados IgA (25%), IgM (40%) e a fração C3 do complemento. A fluorescência ocorre nos espaços intercelulares dos queratinócitos em decorrência da deposição das imunoglobulinas anti-Dsg, e localiza-se: 1 - nas regiões basal e supra-basal da epiderme (áreas mais inferiores), no PV com acometimento de mucosas exclusivamente; 2 - em toda a epiderme, no PV mucocutâneo; e 3 - nas camadas superficiais da epiderme principalmente, com pouca fluorescência nas camadas mais inferiores, no PF.

**Questão 5:**

**Valor (0,00 a 2,00)**

**Discorra acerca dos aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos da erisipela.**

**Resposta Esperada:**

Após período de incubação de 2 a 5 dias, a erisipela manifesta-se por área de eritema vivo, com intenso edema e dor local, e bordas bem delimitadas, que avançam rapidamente sobre a pele circunvizinha. Pode haver formação de bolhas em quadros mais graves, o que caracteriza a erisipela bolhosa, e também necrose com ulceração posterior. Na realidade brasileira, acomete mais frequentemente a porção distal de um dos membros inferiores, em decorrência de intertrigo pododáctilo. Nas regiões do globo de clima frio (mais especificamente Europa e Estados Unidos), ocorre com maior frequência na face, devido à alta prevalência de dermatite seborreica. Acompanha-se de linfangite e linfadenopatia regional aguda, com sinais e sintomas gerais (febre, mal-estar e calafrios, principalmente). Tem curso recorrente, e após, cada episódio da doença, há formação de edema duro fixo na região acometida, com surgimento de seqüela conhecida como elefantíase "nostra", mais frequente em obesos. A elefantíase também é fator que propicia novos surtos e quando, exuberante torna a pele afetada verrucosa, de aspecto musgoso. Nefrite e septicemia podem ser complicações sistêmicas. Mortalidade ocorre raramente, mas pode ocorrer sobretudo em crianças quando o acometimento é facial, que é mais grave.

O diagnóstico baseia-se no reconhecimento clínico da doença. Pode também ser realizada cultura da secreção local para identificação do agente infeccioso (predominantemente estreptococos do grupo A). Os principais diagnósticos diferenciais são celulite, erisipelóide, fascíte necrotizante, trombose venosa profunda e tromboflebite.

O tratamento é ambulatorial, exceto em casos de comorbidade. As drogas de primeira escolha para a terapêutica oral são as cefalosporinas de primeira geração, em especial a cefalexina. Também são utilizadas ampicilina, amoxicilina-clavulanato e eritromicina. Orientações aos pacientes quanto às medidas gerais (repouso com membros elevados e compressas locais) também são de extrema importância. Para o tratamento de pacientes internados, um curso de 10 a 14 dias de penicilina procaína IM ou cristalina IV é padrão-ouro. A corticoterapia sistêmica pode ser recomendada (em casos de terapêutica ambulatorial ou hospitalar), pois torna a recuperação mais rápida.

É recomendado o uso de penicilina-benzatina de 3 em 3 semanas por vários meses, nos casos de erisipela recorrente, associado ao combate do intertrigo interpododáctilo e da obesidade frequentemente associados.

NATAL, 19 de Julho de 2021 às 11:04.

Assinado digitalmente em  
18/07/2021 19:54

Assinada digitalmente em  
18/07/2021 20:14

Assinado digitalmente em  
19/07/2021 11:00

LIDIANE MARIA DE BRITO MACEDO  
FERREIRA  
PRESIDENTE

FERNANDA AYRES DE MORAIS E SILVA  
CARDOSO  
1° EXAMINADOR

CAROLINE SOUSA  
COSTA  
2° EXAMINADOR