



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

CONCURSO PÚBLICO

CARGO 13: MÉDICO

Aplicação: 10/8/2008

CADERNO DE PROVAS – PARTE II
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

ESPECIALIDADE:
DERMATOLOGIA

ATENÇÃO!

- » Leia atentamente as instruções constantes na capa da Parte I do seu caderno de provas.
- » Nesta parte do seu caderno de provas, que contém os itens relativos à prova objetiva de Conhecimentos Específicos, confira os seus dados pessoais e a sua opção de especialidade médica transcritos acima bem como o seu nome e a sua especialidade médica no rodapé de cada página numerada desta parte do caderno de provas.

AGENDA (datas prováveis)

- I **12/8/2008**, após as 19 h (horário de Brasília) – Gabaritos oficiais preliminares das provas objetivas: Internet — www.cespe.unb.br.
- II **13 e 14/8/2008** – Recurso (provas objetivas): no Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso, Internet, mediante instruções e formulários que estarão disponíveis nesse sistema.
- III **3/9/2008** – Resultado final das provas objetivas, convocação para a entrega dos documentos para a avaliação de títulos e convocação para a perícia médica: Diário Oficial do Estado do Espírito Santo e Internet.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o item 12 do Edital SESAn.º 1/2008.
- Informações adicionais: telefone 0(XX)61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução do caderno de provas (partes I e II) apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

CADERNO DE PROVAS – PARTE II

De acordo com o comando a que cada um dos itens de **86 a 120** se refira, marque, na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção das suas provas.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Uma paciente de cor branca, com 50 anos de idade, procurou assistência médica, informando que, há 6 meses, surgiu-lhe, no sulco nasogeniano, lesão papulonodular, cuja superfície exulcerou-se. Informou que usou cremes e pomadas de antibióticos, sem obter regressão da lesão. Quanto aos antecedentes pessoais e familiares, informou que seu pai teve câncer de pele. Ao exame dermatológico, verificou-se presença de lesão infiltrada ligeiramente endurecida, com ulceração central, bordas peroladas, medindo aproximadamente 1 cm, localizada no sulco nasogeniano esquerdo.

Acerca do quadro clínico acima e de aspectos diversos a ele correlacionados, julgue os itens a seguir.

- 86** Não há consenso acerca da histogênese do carcinoma basocelular, admitindo-se que se originaria de células epiteliais imaturas, semelhantes às células da camada basal da pele.
- 87** A realização de curativos, com pomada contendo nitrato de isoconazol duas vezes ao dia, até a cicatrização da lesão, é o tratamento clínico adequado para a paciente em questão.
- 88** Medida importante para confirmar o diagnóstico no caso clínico em apreço é a realização da biópsia de pele. Se o exame histopatológico indicar a ocorrência da doença de Bowen (carcinoma espinocelular *in situ*), e a lesão da paciente tiver se manifestado em área coberta do corpo pelo uso de roupas, será correto concluir que se trata de uma manifestação cutânea de doença sistêmica.
- 89** Caso a histopatologia indique a presença de granuloma, é necessário realizar exames que comprovem o diagnóstico de leishmaniose cutânea, paracoccidiodomicose ou esporotricose.
- 90** Em se tratando de paracoccidiodomicose ou esporotricose, o resultado de cultura esperado é o de positivo para fungos, com uma semana na paracoccidiodomicose e 4 semanas no caso da esporotricose.

Paciente com 30 anos de idade, de cor parda, procurou assistência médica, informando que, há um ano, surgiram-lhe lesões micropapulovesicocrostosas na face anterior das articulações de seus cotovelos e joelhos, que, aos poucos, estenderam-se para o pescoço e a face. O paciente, que reside na cidade, sente ardor ou queimação nas lesões e usou vários remédios orais e tópicos, com pouca melhora. Quanto aos antecedentes pessoais e familiares, informou ter tido asma quando criança. Ao exame físico, apresentava estado geral regular e, ao exame dermatológico, lesões eritematômico-papulovesicocrostosas na face anterior das articulações dos cotovelos e joelhos, eritema e infiltração nas regiões genianas, pele em geral seca, com espículas córneas nas faces de extensão dos braços.

Com base no quadro clínico acima descrito, julgue os itens seguintes.

- 91** Trata-se de um caso com diagnóstico provável de dermatite atópica, tendo como diagnóstico diferencial outros tipos de doenças, tais como dermatite de contato, eczema seborréico, psoríase inversa eczemizada, farmacodermia.
- 92** No caso de psoríase, observa-se o sinal do orvalho sanguíneo, que pode ser constatado por meio da curetagem progressiva das lesões: no início, a retirada de camadas de escama com aspecto de vela (sinal da vela), depois uma membrana fina (membrana de Duncan) e, finalmente, gotas de sangue correspondente ao sangramento dos vasos das papilas dérmicas (orvalho sanguíneo ou sangrante).
- 93** No diagnóstico diferencial com o pênfigo foliáceo, é relevante a informação de que as lesões se iniciaram pela cabeça e apresentaram evolução de distribuição craniocaudal.
- 94** O exame histopatológico, no caso de dermatite atópica, se apresentaria com hipergranulose, acantose com aspecto de dentes de serra ou de rato e infiltrado linear em faixa na derme.
- 95** O tratamento do paciente, no caso de tratar-se de dermatite atópica, deve ser realizado com cefalexina 500 mg a cada 8 horas, neomicina e bacitracina tópicos, ou outro antibiótico tópico, pois a base do tratamento dessa patologia é antibioticoterapia.

Uma paciente de cor parda, com 30 anos de idade, procurou assistência médica e informou que, há um ano, surgiram-lhe manchas hipocrômicas que evoluíram para manchas eritematosas, depois para pápulas e nódulos no corpo. A paciente informou que usou várias medicações sistêmicas e tópicas, sem melhora. Quanto aos antecedentes pessoais e familiares, não há casos semelhantes na família. Ao exame dermatológico, apresentava as lesões referidas, isoladas ou agrupadas em placas distribuídas simetricamente no corpo, exceto nas axilas e nas regiões inguinais. Os pavilhões auriculares estavam infiltrados e apresentavam nódulos isolados. Havia alopecia de cílios e supercílios.

Tendo como referência o caso clínico acima, julgue os itens que se seguem.

- 96** Leishmaniose cutânea, hanseníase tuberculóide, paracoccidioidomicose, micose fungóide, nessa ordem, são as hipóteses diagnósticas mais prováveis em relação ao caso citado.
- 97** Caso se trate de leishmaniose cutânea, a reação de Montenegro pode ser negativa na fase bem inicial.
- 98** Considerando-se a hipótese diagnóstica de hanseníase, o tratamento das formas multibacilares deverá ser feito com dapsona 100 mg/dia (auto-administrada) + clofazimina 50 mg/dia auto-administrada e 300 mg/mês (supervisionada) + rifampicina 600 mg/mês (supervisionada), durante 24 meses.
- 99** Não é diferente, em pacientes com AIDS, a manifestação da hanseníase, no que se refere a evolução clínica, incidência de reações, aparecimento de neurites ou respostas à terapêutica.
- 100** O eritema nodoso pode ser diagnosticado como sintoma da hanseníase virchowiana, se estiver associado a febre, mal-estar, aumento de linfonodos, artralguas e artrites, irites, iridociclites, hepatosplenomegalias, alterações laboratoriais com leucocitose e desvio à esquerda, e o seu tratamento de eleição é realizado com a talidomida entre 100 mg e 300 mg.

Paciente do sexo masculino, com 18 anos de idade, há 5 dias iniciou tratamento para sinusite (SIC) com amoxicilina e piroxican. Informou que, há 12 horas, surgiram-lhe lesões maculopapulares confluentes pruriginosas no tronco e nos terços proximais dos membros. Verificou-se, ao exame clínico, ausência de febre ou de adenomegalias. O hemograma apresentou leucocitose (11.000 leucócitos) e velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada.

Com referência ao caso clínico relatado, e a aspectos a ele correlacionados, julgue os itens subseqüentes.

- 101** A melhor conduta em relação ao caso em tela é manter as medicações até se afastar o diagnóstico de infecção exantemática viral.
- 102** Vasculites do tipo púrpura de Henoch-Schöenlein são freqüentemente causadas por drogas. As drogas mais comumente implicadas na produção desse tipo de lesões são os antiinflamatórios, como ácido salicílico, diclofenaco, ibuprofen, indometacina, piroxican, fenilbutazona, e os antibióticos, entre outras.
- 103** O prurigo nodular de Hyde se manifesta por erupção de pápulas de 2 mm a 3 mm de tamanho, agrupadas, mais palpáveis que visíveis, que geralmente ocorrem em crianças de cor negra. Picadas de inseto geralmente atuam como agentes desencadeantes dessa erupção, e a maioria dos enfermos tem constituição atópica.
- 104** Denomina-se dermatofobia o quadro cutâneo com manifestação de lesões com configuração geométrica não natural, de aparecimento geralmente abrupto, localizadas em áreas de fácil acesso às mãos e de difícil diagnóstico, já que o doente pode, por meses ou anos, induzir propositalmente o aparecimento das lesões.
- 105** A desidrose é um quadro cutâneo de aparecimento súbito, agudo, recorrente, caracterizado por lesões vesiculosas, estritamente limitado às palmas das mãos e(ou) às plantas dos pés, e que tem como uma de suas causas a presença de fungos dermatófitos no local da lesão onde se manifesta a desidrose.

Um lavrador com 22 anos de idade, natural do Piauí, procurou atendimento médico, queixando-se de furúnculo na perna. Relatou que, há 3 meses, após picada de inseto na perna direita, surgiu-lhe lesão papulonodular. Ele foi medicado com cefalexina oral e neomicina em pomada, sem melhora. A lesão progrediu para ulceração e apareceram dois nódulos adjacentes. O paciente negou a ocorrência de sintomas locais ou sistêmicos. Antecedentes pessoais: asma e rinite. Antecedentes familiares: hipertensão e diabetes melito. Ao exame dermatológico, verificou-se a existência de úlcera medindo 3 cm × 3 cm, com fundo granuloso, bordas elevadas, localizada na face lateral do terço médio da perna direita.

A respeito do caso clínico acima e de aspectos correlatos, julgue os próximos itens.

- 106** Nesse caso, a pesquisa de amastigotas de leishmânia em esfregaço de lesão poderia confirmar o diagnóstico.
- 107** Em caso de ectima, as possíveis complicações são as mesmas do impetigo, particularmente, a glomerulonefrite. O tratamento, basicamente, também é o mesmo.
- 108** Quando ocorre úlcera na hanseníase, as bordas são irregulares e de tamanhos diversos. Às vezes, na periferia da ulceração, encontram-se gomas e pode haver linfangite.
- 109** É freqüente, na hanseníase na forma tuberculóide, a existência de células de Virchow abarrotadas de bacilos de Hansen, alguns agrupados em globias.
- 110** A úlcera de estase localiza-se normalmente no terço médio da face externa da perna.

Um paciente com 60 anos de idade, de cor parda, procurou assistência médica, informando que, há 3 meses, surgiu-lhe uma lesão sob forma de pápula escura localizada no pé. Ele não se queixava de sintomas como prurido ou dor que o incomodassem e não sabia informar se a lesão aumentara ou diminuía e se havia mudado de cor. Quanto aos antecedentes pessoais e familiares, não houve informação importante. Ao exame dermatológico, apresentava, no quinto pododáctilo direito, lesão ulcerada de cor enegrecida, com pigmento escuro, de forma irregular, invadindo a unha do mesmo dedo, medindo, aproximadamente, 4 cm.

Com relação a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 111** A hipótese diagnóstica mais provável é de nevo melanocítico adquirido intradérmico, devido às características clínicas citadas.
- 112** A freqüência de malignização dos nevos melanocíticos adquiridos para melanoma maligno é baixa.

113 Em razão da cor do paciente considerado, deve-se fazer diagnóstico diferencial com a tinha negra plantar.

114 O lentigo maligno melanoma, originário de melanócitos epidérmicos, tem evolução mais grave que as formas de melanomas malignos com origem em células névicas.

115 Se houver suspeita de melanoma maligno, deve-se realizar uma biópsia excisional, demarcando a margem mínima de 0,5 cm, e enviar o material para exame histopatológico.

Uma paciente de cor branca, com 40 anos de idade, procurou assistência médica, informando que, há um mês, surgiram-lhe, nas superfícies de extensão dos cotovelos e joelhos, lesões vermelhas com prurido. Ela informou que já usou e está usando várias medicações tópicas cujos nomes não sabe informar, sem melhora. Quanto aos antecedentes pessoais e familiares, informou ser portadora de diabetes melito. Ao exame dermatológico, apresentou lesões eritematopapulodescamativas de cor esbranquiçada, localizadas nas superfícies de extensão das articulações dos joelhos e cotovelos.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

116 A paciente deverá ser tratada com corticóides tópicos de alta potência, caso se confirme diagnóstico de psoríase.

117 Na fisiopatogenia da dermatite atópica, o paciente tem características imunológicas próprias, como elevação de IgE, redução dos níveis de linfócitos T, estando o indivíduo sujeito a infecções ou a tê-las sob forma mais grave.

118 Se confirmado o diagnóstico de escabiose, a paciente deve ser tratada com monossulfiram tópico diluído em água durante 3 dias, fazer outro ciclo de tratamento igual por uma semana e ser orientada quanto à lavagem das roupas.

119 Para auxiliar no diagnóstico desse caso clínico, é necessário realizar exame minucioso e constatar o brilho das lesões e verificar se há sinais característicos, como as estrias de Wickham e o sinal de Nikolsky, que podem surgir na psoríase.

120 A puvaterapia é uma medida terapêutica que pouco auxilia no tratamento da psoríase.