

**PREPARATÓRIO PARA PROVA
DE TÍTULO E CONCURSOS EM
DERMATOLOGIA**

Autores

**Anna Carolina Miola
Débora Barcellos Gaspar
Luise Ribeiro Daltro
Nayara Tognon**

editora
SANAR 

01 Em relação à dermatite herpetiforme, assinale a alternativa CORRETA:

- (A) A presença de lesões urticadas é comum.
- (B) O infiltrado inflamatório é constituído predominantemente de eosinófilos.
- (C) O depósito de IgA nas papilas dérmicas é linear.
- (D) Anticorpos antiendomísio são encontrados na minoria dos pacientes.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. O quadro cutâneo inicial é pleomórfico, incluindo lesões urticadas, pápulas e vesículas sobre base eritematosa, que podem ser agrupadas e herpetiformes, com prurido associado. Lembrar que o Penfigoide Bolhoso apresenta uma fase não bolhosa inicial, podendo manifestar-se também com lesões urticadas e prurido.

Alternativa B: INCORRETA. Na coloração HE, observamos uma bolha subepidérmica com infiltrado predominantemente neutrofílico. Pode haver casos com infiltração eosinofílica, o que torna difícil a distinção com Penfigoide Bolhoso.

Alternativa C: INCORRETA. A IFD revela padrão IgA granular na papila dérmica. Vale lembrar que a IFI é negativa pois não são encontrados anticorpos circulantes. O depósito de IgA linear na ZMB é visto na Dermatose Bolhosa por IgA linear (DBAL).

Alternativa D: INCORRETA. São encontrados em cerca de 80% dos pacientes e têm níveis relacionados à dieta restrita em glúten. Apesar de apenas 20% dos pacientes com Dermatite Herpetiforme apresentarem sintomas intestinais de

Doença Celíaca, mais de 90% apresentam enteropatia glúten-sensível. Não se pode esquecer que na DBAL a incidência de enteropatia sensível ao glúten varia de 0-24%.

02 Quanto à angiomatose bacilar, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Os agentes etiológicos mais comuns são a *Bartonella henselae* e *Bartonella quintana*.
- (B) É mais observada em paciente infectados pelo HIV com CD4+ menor que 200 células/ μ l.
- (C) As lesões cutâneas são dérmicas superficiais e o acometimento extracutâneo é incomum.
- (D) A histopatologia mostra proliferação lobular de capilares e vênulas, células endoteliais arredondadas e protuberantes e denso infiltrado neutrofílico.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. Os agentes mais comuns da angiomatose bacilar são a *B. henselae* e *B. quintana*. As bartonelas são bacilos ou cocobacilos gram negativos e já foram descritas 18 espécies ou subespécies deste gênero.

Alternativa B: CORRETA. A angiomatose bacilar afeta principalmente imunodeprimidos, sendo a maioria dos casos portadores de HIV com CD4 abaixo de 200 células/mm³. A doença é considerada indicativa de imunossupressão moderada, porém não é definidora de SIDA.

Alternativa C: INCORRETA. Geralmente as lesões são papulosas ou papulonodulares, angiomasas, eritematovinhosas ou normocrômicas, isoladas ou múltiplas. Entretanto, as lesões podem estar

situadas no subcutâneo, como nódulos similares a cistos epidérmicos. Existem referências do acometimento de fígado e baço (esplenite bacilar), além de cérebro, linfonodos e ossos (lesões osteolíticas). As lesões sistêmicas podem ser assintomáticas.

Alternativa D: CORRETA. O diagnóstico deve ser confirmado pelo exame histopatológico que demonstra proliferação vascular, infiltrado neutrofílico e leucocitoclasia. A coloração pela prata com Warthin Starry ou com azul de toluidina podem ajudar na identificação do agente.

03 Em relação à utilização da luz de Wood (365nm) como método semiológico auxiliar para o diagnóstico de algumas dermatoses, numere a COLUNA II de acordo com a COLUNA I, relacionando os diagnósticos às colorações mais frequentemente encontradas com o uso dessa técnica.

COLUNA I	
1.	Tinea capitis, causada pelo <i>Mycrosporium canis</i> .
2.	Pitiríaseversicolor.
3.	Eritrasm.
4.	Carcinoma espinocelular.
COLUNA II	
()	Róseo-dourada.
()	Verde.
()	Vermelho coral.
()	Vermelho brilhante ("em brasa").

Assinale a sequência CORRETA.

- (A) 2 1 3 4
 (B) 1 2 4 3
 (C) 4 3 1 2
 (D) 3 4 2 1

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA.

A questão aborda as utilizações clássicas da Luz de Wood como método diagnóstico.

Todos os dermatófitos do gênero *Microsporium* apresentam fluorescência esverdeada e apenas o *Tricophyton schonleinii* (causador da tinea

favosa, rara atualmente) fluoresce, na cor verde-palha.

Na Pitiríase Versicolor, a fluorescência é devido a uma coproporfirina.

No Eritrasma, a bactéria *Corynebacterium minutissimum* produz porfirinas que são responsáveis pela fluorescência vermelho-coral brilhantes quando as lesões são iluminadas.

O Carcinoma Espinocelularapresenta fluorescência **vermelho-brilhante** com aspecto **em brasa**, provavelmente em função das proto e coproporfirinas, visto também após fotossensibilizante, como na Terapia Fotodinâmica.

Alternativa B: INCORRETA. Não se aplica.

Alternativa C: INCORRETA. Não se aplica.

Alternativa D: INCORRETA Não se aplica.

04 Quanto ao vírus varicela zoster, é CORRETO afirmar:

- (A) Um paciente com herpes zoster pode infectar outra pessoa, e esta ter varicela, caso seja susceptível.
 (B) A Síndrome de Ramsay-Hunt ocorre devido à reativação do vírus nos gânglios das cadeias paravertebrais torácicas.
 (C) A vacina feita com vírus vivo atenuado (cepa de Oka) tem baixa taxa de soroconversão em crianças.
 (D) Um indivíduo imunocomprometido, em contato com o fluido das vesículas de paciente com herpes zoster, pode desenvolver herpes zoster.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. Paciente com herpes zoster pode transmitir o vírus tanto pelo contato com as lesões, quanto por meio de aerossóis.O indivíduo suscetível que tiver contato com o vírus poderá desenvolver varicela, que é a manifestação da primo-infecção pelo varicela zoster vírus (VZV). Se internação, recomenda-se uso de máscara cirúrgica no paciente, máscara N95 nos profissionais de saúde e quarto de isolamento com pressão negativa. Em pacientes ambulatoriais, deverá ser realizado afastamento das atividades laborativas.

Alternativa B: INCORRETA. A Síndrome de Ramsay-Hunt se caracteriza por paralisia facial, zumbido, vertigem e distúrbio da audição

decorrentes do comprometimento do gânglio geniculado do nervo facial pelo VZV. Geralmente se observam vesículas no pavilhão auricular. Os pacientes podem apresentar ainda xerostomia, xeroftalmia e perda do paladar nos dois terços anteriores da língua.

Alternativa C: INCORRETA. A vacina contra a varicela é produzida com vírus vivo atenuado e apresentou taxa de soroconversão de 98% em crianças, sendo recomendada a partir dos 12 meses de idade. A vacina contra o herpes zoster também é feita com vírus vivo atenuado cepa de Oka e é indicada em adultos após os 50 anos para prevenir o herpes zoster e a neuralgia pós-herpética.

Alternativa D: INCORRETA. O herpes zoster geralmente é decorrente da reativação do vírus latente no indivíduo que previamente já teve varicela, e não de contágio. Excepcionalmente, já foram descritos casos de zoster após contato com doentes de varicela e até mesmo com outro doente de zoster, porém a questão não foi anulada.

05 Em relação às afecções da glândula sudorípara, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) A doença de Grover é mais comum em homens caucasianos com mais de 40 anos de idade.
- (B) A queratólise esfoliativa, ou disidrose lamelar, não é precedida de vesículas nem tem pápulas concomitantes.
- (C) Na histopatologia da disidrose, há uma dermatite espongiótica com vesículas associadas aos ductos sudoríparos.
- (D) A doença de Fox-Fordyce é uma alteração crônica e pruriginosa das glândulas sudoríparas apócrinas.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. Doença de etiologia desconhecida, a doença de Grover é observada principalmente em homens caucasianos na quinta e sexta décadas de vida, manifesta-se por pápulas e vésico-pápulas eritematosas ou normocrômicas, não foliculares, com crostas, no tronco superior e médio. Tem como fatores agravantes calor, sudorese e fricção. Pode manifestar-se de forma aguda (resolução em

semanas a meses), ou crônica (com recorrências por anos).

Alternativa B: CORRETA. A queratólise esfoliativa apresenta apenas uma descamação superficial, não inflamatória, irregular ou circinada, de pequeno diâmetro (2-15mm) das palmas e ocasionalmente das plantas.

Alternativa C: INCORRETA. A disidrose não é uma doença da glândula sudorípara e no anatomopatológico apresenta vesículas espongióticas não associadas ao ducto sudoríparo.

Alternativa D: CORRETA. É uma patologia de etiologia desconhecida na qual ocorre obstrução das glândulas sudoríparas apócrinas por um tampão de queratina no infundíbulo folicular. Apresenta-se como pápulas normocrômicas perifoliculares, em região axilar, anogenital e areolar, e pode ser bastante pruriginosa. Melhora com a gravidez e com o uso de anticoncepcional oral, o que sugere que fatores hormonais possam estar associados à patogênese.

06 O retalho de Spear é utilizado para a reconstrução de defeitos:

- (A) Profundos na região fronto-temporal.
- (B) De espessura total da asa nasal.
- (C) De espessura total do lábio inferior.
- (D) Da hélix e da concha auricular.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa B: CORRETA. O retalho de Spear ou retalho nasolabial é um retalho de transposição utilizado na reconstrução da asa nasal. Retalhos de transposição são aqueles confeccionados com a pele de regiões que não tem contiguidade com a ferida operatória, ou seja, entre a área doadora e a receptora, existe uma área de pele normal. Memorize esses três "S": o retalho de "S"pear utiliza como área doadora a pele do "S"ulco nasogeaniano ipsilateral em direção ao "S" nasal. Outros retalhos que já foram explorados em prova são o retalho de Frick (reconstrói defeitos da pálpebra inferior), o retalho de Tripier (transpõe da pálpebra superior para a inferior).

Alternativas A, C e D: INCORRETA. Não se aplicam.

07 Quanto à criocirurgia, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) No tratamento das lesões neoplásicas, devem-se atingir temperaturas de cerca de 60 graus negativos dentro do tecido a ser destruído.
- (B) Quando se utiliza a ponteira de spray, a aplicação deve ser intermitente para facilitar a frente de congelamento.
- (C) A ponteira fechada e congelada possibilita menor congelamento em profundidade, não sendo bem indicada para neoplasias malignas.
- (D) É contraindicada em casos de tumores muito espessos efixos aos planos profundos

GRAU DE DIFICULDADE



Alternativa A: CORRETA. Questão conceitual. A criocirurgia pode ser utilizada para lesões benignas, pré-malignas e malignas. Para as lesões malignas a temperatura recomendada é entre -50°C e -60°C, em dois ciclos de congelamento-descongelamento; já para as benignas, faz-se um único ciclo e menores graus de congelamento são necessários.

Alternativa B: CORRETA. A técnica do spray de modo intermitente permite um congelamento mais profundo e com menor propagação lateral.

Alternativa C: INCORRETA. Existem diversas técnicas de aplicação da Criocirurgia: Contato Direto, Spray Aberto, Spray Confinado, Intralesional e Cryoprobe (Técnica de Contato Sólido). Nesta última, o criógeno não entra em contato direto com a pele, mas congela uma ponta sólida metálica acoplada ao aparelho de criocirurgia, que é aplicada sobre a lesão. O tempo de congelamento é maior devido à resistência adicional da sonda de metal, porém há uma maior transferência de energia térmica e esta técnica é indicada para tumores benignos e malignos da pele e quando há necessidade de congelamento profundo.

Alternativa D: CORRETA. Entre as principais contraindicações da criocirurgia temos os tumores com bordas maldefinidas, subtipos histológicos infiltrativos, lesões profundamente penetrantes e agressivas, melanoma, pacientes com urticária ao frio, criofibrinogenemia e crioglobulinemia.

08 Em relação à terapêutica sistêmica, assinale a alternativa CORRETA.

- (A) A excreção do fluconazol é feita principalmente pelo fígado, sendo necessário o ajuste da dosagem em hepatopatas.
- (B) Os barbitúricos aumentam os níveis plasmáticos da griseofulvina.
- (C) O posaconazol tem o maior espectro dentre os azóis, sendo eficaz no tratamento da zigomicose.
- (D) O micofenolato de mofetil estimula a proliferação de linfócitos T e B que dependem da via de síntese das purinas

GRAU DE DIFICULDADE



Alternativa A: INCORRETA. De acordo com a bula, o fluconazol é excretado predominantemente na urina, não sendo necessário ajustes para dose única ou dose semanal. Para terapias com múltiplas doses, é necessário ajuste conforme o clearance de creatinina. Em casos de hepatotoxicidade ao fluconazol não foi observada relação com a dose ou duração do tratamento, sendo recomendada monitorização da função hepática.

Alternativa B: INCORRETA. Os barbitúricos reduzem a absorção gastrointestinal da griseofulvina e também podem reduzir sua eficácia por serem indutores de enzimas hepáticas (Citocromo P450 ou CYP450). São frequentes questões sobre interações medicamentosas. É importante entender que as medicações que inibem as enzimas hepáticas podem aumentar os efeitos de outras drogas (a metabolização destas será mais lenta!), enquanto as que induzem as enzimas hepáticas podem reduzir o efeito de outras (mais enzimas, metabolismo mais rápido). Memorize que são medicações indutoras do CYP450: rifampicina, barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, griseofulvina. Estas medicações indutoras reduzem o efeito dos antifúngicos azólicos, anticoncepcionais, corticoides, ciclosporina e cumarínicos. Os azólicos são inibidores do P450 e podem aumentar o efeito dos cumarínicos e dos corticoides.

Alternativa C: CORRETA. Questão conceitual.

Alternativa D: INCORRETA. O micofenolato é um imunossupressor que inibe a via de síntese das purinas. Os linfócitos T e B são extremamente dependentes desta via para sua proliferação.

09 Terapêutica. Sobre a fototerapia, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) A UVB de banda estreita (narrowband) é inefetiva nos casos graves de dermatite atópica e de dermatite seborreica.
- (B) Os tratamentos repetidos, prolongados e com altas doses cumulativas de PUVA podem induzir lentiginose.
- (C) A UVB de banda estreita (narrowband) tem boa eficácia em casos de prurido idiopático, no de origem hepática e do diabetes mellitus.
- (D) Nos pacientes tratados com PUVA, o risco de ocorrência de carcinoma espinocelular é significativamente maior que nos controles

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. Fototerapia UVB, UVA, UVA 1, UVB narrowband, UVA + UVB e PUVA se mostraram efetivas no tratamento da Dermatite Atópica. Nos casos graves de Dermatite Seborreica a fototerapia UVB narrowband mostrou-se efetiva.

Alternativa B: CORRETA. O PUVA pode induzir a formação profusa de lentigos escuros. É importante notar que ainda não foi relatado risco de melanoma cutâneo associado à Lentiginose do PUVA.

Alternativa C: CORRETA. Tanto a UVB banda larga quanto a banda estreita podem ser benéficas em várias formas de prurido, incluindo idiopático, urêmico e associados a doença hepática e ao diabetes.

Alternativa D: CORRETA. O risco de CEC, mas não de CBC, é significativamente aumentado nos pacientes submetidos a PUVA, e parece ser dependente da dose

10 Quanto aos antibióticos de uso tópico, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) A neomicina é um polipeptídeo cíclico isolado da cepa Tracey I do *Bacillus subtilis*.
- (B) A clindamicina tanto pode ser bacteriostática quanto bactericida, dependendo da suscetibilidade do organismo infectante e da concentração obtida no local.
- (C) A retapamulina é o primeiro fármaco da nova classe de pleuromutilinas.

(D) A mupirocina é derivada da *Pseudomonas fluorescens*.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A neomicina é um antibiótico aminoglicosídeo isolado a partir de culturas do fungo *Streptomyces fradiae*. Tem ação contra bactérias gram negativas, contra estafilo e estreptococos.

Alternativas B, C, D: CORRETA. Questões conceituais.

11 Manifestações Cutâneas das doenças Sistêmicas. Assinale a alternativa que não é considerada uma dermatose paraneoplásica.

- (A) Erythema gyratum repens
- (B) Hipertricose lanuginosa adquirida
- (C) Acroqueratose de Bazex
- (D) Ictiosis hystrix

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. É um eritema figurado migratório, composto de circunferências concêntricas, cresce até 1 cm por dia e pode apresentar prurido e descamação; a neoplasia subjacente mais comum é o carcinoma pulmonar.

Alternativa B: CORRETA. Associada mais comumente aos carcinomas de pulmão, mama e cólon. O pelo lanugo aparece sobre o corpo inteiro em um curto período de tempo. A hipertricose lanuginosa congênita é uma doença autossômica dominante em que o lanugo não é substituído por velus normais e continua a crescer, alcançando até 10 cm de comprimento.

Alternativa C: CORRETA. A Síndrome de Bazex/Acroqueratose paraneoplásica é por definição uma condição associada à malignidade (geralmente de faringe, laringe e esôfago), caracterizada por placas psoriasiformes acrais, geralmente violáceas.

Alternativa D: INCORRETA. A ictiose hystrix engloba um grupo de doenças cutâneas com hiperqueratose maciça, com uma superfície verrucosa ou formas protusas, semelhantes a porco-espinho. É mais comum na Eritrodermia Ictiosiforme Bolhosa Congênita.

12 Analise o caso clínico a seguir.

Paciente, sexo feminino, caucasiana, 40 anos de idade, previamente hígida, queixa de alopecia de supercílios há um ano, tendo sido tratada com infiltrações intralesionais de triancinolona com repilação temporária. À dermatoscopia da área acometida, notam-se pontos amarelos e pontos pretos.

Considerando esse caso, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) As principais hipóteses diagnósticas incluem: alopecia areata, tricotilomania, alopecia frontal fibrosante, sífilis e micose fungoide.
- (B) A ausência de pelos peládicos à dermatoscopia não exclui a possibilidade de alopecia areata.
- (C) O exame dermatoscópico da linha de implantação frontotemporal do couro cabeludo contribui para o diagnóstico de alopecia frontal fibrosante.
- (D) A repilação induzida pelo tratamento confirma o diagnóstico de alopecia areata.

GRAU DE DIFICULDADE



Alternativa A: CORRETA. Todas as doenças aventadas podem causar alopecia de supercílio.

Alternativa B: CORRETA. Os pelos peládicos ou pelos em ponto de exclamação são indicativos de atividade da doença e juntamente com os pontos pretos são considerados os marcadores mais específicos de alopecia areata, mas alguns pacientes podem apresentar apenas pontos amarelos e fios velus, que são achados mais sensíveis. Os pontos amarelos representam distensão do infundíbulo folicular com acúmulo de ceratina e sebo. O acometimento de folículos anágenos pela doença pode levar a fratura da haste antes da sua saída na superfície do couro, originando pontos pretos nos folículos, os também chamados pelos cadavéricos. Algumas vezes o pelo emerge com espessura normal, e a medida que progride a inflamação peribulbar ele se afina, fraturando-se, assumindo um formato em ponto de exclamação, com porção proximal mais fina que a distal, este é pelo peládico. Geralmente os fios acometidos também se tornam mais claros pela destruição de melanócitos.

Alternativa C: CORRETA. Note que na questão o autor descreveu apenas a dermatoscopia dos supercílios. O exame dermatoscópico na linha de implantação frontotemporal é fundamental se há suspeita de alopecia frontal fibrosante, pois corrobora esse diagnóstico se houver eritema e descamação perifolicular. Pontos brancos também podem estar presentes na alopecia frontal fibrosante, representando tratos fibrosos resultantes de folículos destruídos na derme. A rede pigmentar, mais comum em pacientes com fototipo alto, pode se desenvolver mesmo em pacientes caucasianos, em consequência da maior exposição do couro cabeludo nas alopecias cicatriciais.

Alternativa D: INCORRETA. O corticoide intralesional também pode ser utilizado em pacientes com alopecia secundária a lúpus cutâneo crônico e líquen plano pilar, podendo induzir repilação.

13 Em relação aos enxertos cutâneos, é CORRETO afirmar que:

- (A) Estão melhor indicados na correção de defeitos cirúrgicos provenientes da retirada de tumores pouco agressivos.
- (B) A vascularização da área receptora pode ser fator limitante na sobrevida do enxerto; e a derme, músculo e tendões são excelentes leitos para o enxerto.
- (C) o fenômeno de embebição ocorre nas primeiras 24 horas após a colocação do enxerto no sítio receptor, e se traduz por edema do enxerto em virtude da absorção de nutrientes e exsudato.
- (D) A neovascularização do enxerto ocorre entre o 10º e o 14º dia de pós-operatório, com formação de um novo complexo vascular.

GRAU DE DIFICULDADE



Alternativa A: INCORRETA. Tumores pouco agressivos, bem delimitados, com margem de segurança adequada podem ter defeitos cirúrgicos corrigidos por sutura primária ou retalho, pelo melhor resultado estético. Já as lesões pouco delimitadas ou agressivas e de alto risco, caso haja dúvida das margens ou da sua remoção total, devem ser deixadas cicatrizar por segunda intenção ou realizado enxerto, já que em caso

de recidiva será mais fácil a identificação e reabordagem.

Alternativa B: INCORRETA. A exposição de cartilagem, osso, tendão ou nervo é causa de insucesso dos enxertos, devido à má vascularização do leito receptor.

Alternativa C: CORRETA. Conceitual. O enxerto se torna edematoso nas primeiras 24 horas devido à embebição e ganha mais de 40% do peso.

Alternativa D: INCORRETA. À partir de 48 a 72 horas as anastomoses entre o leito receptor e os vasos do enxerto começam a se formar, e após ocorre a proliferação de vasos no enxerto e no leito.

14 Analise o quadro clínico a seguir.

Paciente de 32 anos, sexo masculino, é portador de hanseníase borderline-borderline, apresentando reação mista, em uso de esquema MDT (sulfona, clofazimina e rifampicina) no quarto mês de tratamento, associado a prednisona (60mg/dia) e talidomida (200 mg/dia). Após duas horas da administração da dose supervisionada, apresenta quadro de febre, calafrios, cefaleia e osteoalgias, evoluindo para choque. Na investigação laboratorial, foram identificados anemia hemolítica, púrpura trombocitopênica e insuficiência renal.

Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico para o quadro descrito.

- (A) Pielonefrite evoluindo para sepse.
- (B) Síndrome sulfona.
- (C) Síndrome pseudogripal causada por rifampicina.
- (D) Reação anafilática a sulfona ou rifampicina

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. Pielonefrite geralmente não cursa com anemia hemolítica e púrpura trombocitopênica.

Alternativa B: INCORRETA. A síndrome sulfona ou síndrome de hipersensibilidade a dapsona é rara e costuma surgir dentro de 5-6 semanas após o início desta droga. Cursa com exantema descamativo súbito, febre, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, icterícia, anemia hemolítica, leucocitose com linfócitos atípicos e elevação de transaminases e enzimas canaliculares.

Se não for suspensa a dapsona, pode evoluir para insuficiência hepática fulminante.

Alternativa C: CORRETA. A síndrome pseudogripal pela rifampicina cursa com febre, calafrios, mialgia, dores ósseas e geralmente ocorre a partir da 2ª ou 4ª dose supervisionada, podendo evoluir com nefrite intersticial, necrose tubular aguda, anemia hemolítica e choque. Tem origem imunológica e decorre do uso intermitente da medicação, com formação de anticorpos.

Alternativa D: INCORRETA. A rifampicina também pode causar reação anafilática, que consiste em reação imunológica mediada por IgE, que geralmente não causa febre, hemólise, e insuficiência renal. Na reação anafilática, além do envolvimento respiratório (coriza, obstrução nasal, tosse, broncoespasmo) e cardio-vascular (hipotensão, arritmia, choque), pode ocorrer envolvimento de outros sistemas, com prurido, urticária, angioedema, dor abdominal, náuseas e diarreia.

15 As manifestações clínicas da psoríase variam de acordo com os seus subtipos. A esse respeito, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) A psoríase em placas ou vulgar pode ser observada em até 90% dos doentes.
- (B) Na psoríase rupiácea, as escamas são finas e pouco aderentes, e é observada mais frequentemente na infância.
- (C) A psoríase em gotas é mais comum em crianças, adolescentes e adultos jovens, podendo ser precedida por infecção estreptocócica.
- (D) A psoríase dos idosos ocorre principalmente nos membros inferiores e no couro cabeludo, de forma leve a moderada

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. Questão conceitual, trata de algumas das diferentes apresentações clínicas da Psoríase e de suas características.

Alternativa B: INCORRETA. Na psoríase rupiácea as escamas são grosseiras e muito aderentes.

Alternativa C: CORRETA. Vale lembrar que em geral o prognóstico da psoríase em gotas em crianças é excelente, com remissão espontânea em semanas a meses; já em adultos pode tornar-se crônica.

Alternativa D: CORRETA. Faz diagnóstico diferencial com eczema asteatótico e dermatite seborreica.

16 Em relação à pitíriase rubra pilar, assinale a alternativa INCORRETA.

- Ⓐ É uma dermatose inflamatória crônica caracterizada por queratoses foliculares circunscritas, placas eritemato-alaranjadas e queratodermia palmoplantar.
- Ⓑ É rara, acometendo igualmente ambos os sexos com picos de incidência nas duas primeiras décadas de vida e por volta da quinta e sexta décadas de vida.
- Ⓒ Apresenta duas formas clínicas: familiar (início geralmente na adolescência) e esporádica (adultos, sem antecedente familiar e grave).
- Ⓓ A forma familiar apresenta provável herança autossômica dominante e existe a expressão de queratinas K6/K16 como marcador de proliferação epidérmica.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativas A, B e D: CORRETAS. Questões conceituais. A hiperkeratose folicular sobre base eritematosa é considerada achado mais característico da pitíriase rubra pilar (PRP), afetando extremidades, tronco e especialmente o dorso dos dedos. Essas pápulas podem coalescer, formando placas extensas vermelho-alaranjadas, entremeadas por áreas de pele normal. Pode haver progressão rápida para eritrodermia. Queratodermia palmoplantar cérea e acometimento do couro cabeludo também são frequentes. Parte dos pacientes pode referir prurido, ardência, fenômeno de Koebner. História familiar de PRP é descrita em 0 a 6, 5% dos pacientes. Herança autossômica dominante com penetrância variável é observada na maioria, mas também já foi descrito padrão autossômico recessivo.

Alternativa C: INCORRETA. Segundo a classificação de Griffith são 6 formas clínicas. A tipo I ou clássica do adulto afeta um pouco mais da metade dos pacientes e tem bom prognóstico, com involução em 3 anos na maioria dos casos; apresenta disseminação caudal e presença dos achados clássicos descritos acima. A tipo II ou forma atípica do adulto se diferencia da tipo I

pela presença de escamas ictiosiformes nas pernas e escamas lamelares nas queratodermias, tendo curso mais crônico, com remissão em apenas 20% dos casos. Os tipos III, IV e V afetam jovens, sendo a tipo III a forma clássica juvenil, semelhante a forma clássica do adulto e também com alto índice de remissão; e a tipo V, forma atípica juvenil, semelhante a forma adulto do tipo II. O tipo IV, circunscrito juvenil, é a única forma que não evolui para erupção generalizada, sendo a mais comum entre os jovens, apresentando preferência por cotovelos e joelhos e evolução variável. O tipo VI ou síndrome folicular associada ao HIV afeta pacientes HIV positivos, em geral com achados similares aos do tipo I, podendo estar associada a acne conglobata, hidradenite supurativa e/ou líquen espinuloso. Os raros pacientes com PRP familiar apresentaram as formas clínicas atípica do adulto (tipo II) e atípica juvenil (tipo V) segundo o Bologna.

17 Sobre o líquen nítido, está CORRETO afirmar que:

- Ⓐ O principal fator etiológico é a infecção por vírus Epstein-Barr.
- Ⓑ Há maior associação com diabetes mellitus.
- Ⓒ São descritas as variantes hemorrágica, perforante e generalizada.
- Ⓓ As lesões poupam a área genital

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. Pouco se sabe sobre sua patogênese mas é aceito que não existe associação com doenças sistêmicas ou alterações laboratoriais no líquen nítido.

Alternativa B: INCORRETA. Vide letra A.

Alternativa C: CORRETA. Além dessas, também foram descritas lesões vesiculosas, variante palmo-plantar, linear e folicular espinulosa.

Alternativa D: INCORRETA. A genitália é localização comum no líquen nítido, junto com as faces flexoras dos membros superiores, tórax, abdome e dorso das mãos.

18 Sobre o prurigo nodular de Hyde, é INCORRETO afirmar:

- Ⓐ É uma dermatose que raramente acomete crianças.
- Ⓑ As picadas de insetos podem estar relacionadas ao seu aparecimento.
- Ⓒ O prurido é intenso e persistente.
- Ⓓ É caracterizado por pápulas e urticárias assimétricas.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. O prurigo nodular de Hyde pode acometer pessoas de qualquer idade, porém é mais comum entre os 20 e 60 anos, sendo raro em crianças.

Alternativa B: CORRETA. As lesões são decorrentes de coçadura persistente e intensa, podendo estar relacionada a xerose, dermatite atópica, picadas de insetos, linfoma, doença renal ou hepática, alterações hormonais, distúrbios psicológicos, entre outros. Detectou-se nesses pacientes aumento da reatividade a neuropeptídeos e a substância P, associados a liberação de histamina.

Alternativa C: CORRETA. Questão conceitual.

Alternativa D: INCORRETA. As lesões elementares são pápulas e nódulos com distribuição simétrica com predileção pela superfície extensora dos membros. As lesões podem apresentar escoriações, crosta central, aspecto verrucoso, liquenificação, fissuras, hiperpigmentação pós-inflamatória e cicatrizes. Face, palmas e plantas são raramente acometidos.

19 Em relação às linhas de Beau, assinale a alternativa INCORRETA.

- Ⓐ Ocorrem por alteração inflamatória do leitongueal.
- Ⓑ A profundidade da linha indica a gravidade do acometimento.
- Ⓒ Microtraumas e doenças sistêmicas são fatores etiológicos.
- Ⓓ A margem distal bem delimitada indica dano agudo.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. As linhas de Beau são depressões transversais da lâmina ungueal que ocorrem devido à paralisação temporária da atividade mitótica da matriz ungueal.

Alternativa B: CORRETA. Enquanto a largura traduz o tempo da agressão.

Alternativa C: CORRETA. Exemplos: trauma em manicures, onicotilomania, doença grave, fármacos. O acometimento de múltiplos dedos no mesmo nível indica uma causa sistêmica. As linhas se deslocam junto com o crescimento da lâmina da ungueal e múltiplas linhas indicam dados sucessivos à matriz.

Alternativa D: CORRETA. Conceitual.

20 Em relação às possíveis complicações relacionadas ao uso da toxina botulínica tipo A, é CORRETO afirmar:

- Ⓐ Têm menos chance de ocorrer com a utilização da droga mais concentrada.
- Ⓑ É frequente a ocorrência de reações alérgicas, e o procedimento deve ser contraindicado em pacientes com história prévia de atopia.
- Ⓒ A formação de anticorpos neutralizadores da ação da toxina ocorre invariavelmente após duas aplicações para fins cosméticos.
- Ⓓ Para minimizar a difusão da toxina para músculos indesejados, após o procedimento, o paciente deve ser orientado a permanecer deitado durante um período de duas horas.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. A reconstituição da toxina botulínica com doses menores de soro fisiológico reduz a possibilidade de dispersão da droga, reduzindo com isso o risco de complicações em músculos pequenos. Além disso, a droga mais concentrada reduz a dor durante a aplicação, pois será necessário injetar um volume menor. Para uso em hiperidrose uma diluição maior pode ser desejada, pois se almeja uma maior dispersão/migração do produto.

Alternativa B: INCORRETA. É rara a ocorrência de reações alérgicas no uso da toxina botulínica. As contraindicações para o procedimento são: gravidez, lactação, doenças neuromusculares que atuem na placa mioneural (ex. miastenia gravis; Síndrome de Eaton Lambert), infecção local, hipersensibilidade conhecida aos componentes do produto.

Alternativa C: INCORRETA. A formação de anticorpos é considerada uma causa de resistência secundária a toxina botulínica, isto é, perda

do efeito após uso repetido. São fatores associados a produção de anticorpos: uso de altas doses de toxina, uso com intervalos curtos, e carga protéica da toxina utilizada (maior imunogenicidade). Existem estudos evidenciando baixíssima taxa de formação de anticorpos no uso com fins estéticos da toxina botulínica. A resistência primária significa ausência do efeito na primeira aplicação, sendo rara.

Alternativa D: INCORRETA. A posição em decúbito dorsal não é recomendada logo após aplicação da toxina.

21 Em relação ao carcinoma basocelular, tumor maligno cutâneo mais frequente no nosso meio, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Quando cresce ao longo dos vasos ou do perineuro, a área de invasão é maior e não detectada clinicamente, e as recidivas são frequentes.
- (B) O risco de metástase é de 2% e é observado nos padrões histológicos agressivos como o esclerodermiforme e o queratótico.
- (C) O superficial e multicêntrico é mais frequente no tronco, mas também ocorre na face.
- (D) O infiltrativo mostra células basaloídes-com arranjo em forma de cordões ou como espículas.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. São fatores de risco para recidivas: localização, tamanho, bordas mal definidas, tumor recorrente, imunossupressão, tumor em local de radioterapia prévia, invasão perineural e crescimento ao longo dos vasos e subtipo histológico.

Alternativa B: INCORRETA. A incidência de metástase no CBC é rara e varia de 0,0028% a 0,55%. Na variante basoescamoso a incidência de metástases tem sido estimada em mais de 5%.

Alternativa C: CORRETA. O tronco e as extremidades são os locais mais afetados pelo CBC superficial, mas este também pode ocorrer na cabeça e no pescoço.

Alternativa D: CORRETA. Descrição do padrão histológico do CBC infiltrativo.

22 Considerando o carcinoma espinocelular (CEC), assinale a alternativa CORRETA.

- (A) A papulose bowenoide é o CEC in situ dentro de verrugas genitais, geralmente devido a uma infecção viral com cepas oncogênicas.
- (B) O carcinoma verrucoso é uma variante mal diferenciada do CEC, que tende a ocorrer em adultos mais idosos e localiza-se na superfície plantar.
- (C) A dermatoscopia do CEC invasivo revela vasos lineares irregulares, vasos em grampo, arboriformes e glomerulares e, quando pigmentados, há presença de glóbulos azul-acinzentados.
- (D) O uso do micofenolato de mofetil e do sirolimus tem contribuído para o aumento da sua incidência.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. Essa questão foi alvo de recursos, porém, não foi anulada. Foi baseada no Bolognia, livro no qual encontramos a mesma frase dessa alternativa. A papulose bowenoide se apresenta como pápulas verrucosas na região genital, sendo associada a infecção por cepas oncogênicas de HPV como os tipos 16 e 18, entre outros. As lesões são muito semelhantes às verrugas venéreas, porém são pigmentadas e histologicamente apresentam características de CEC *in situ*.

Alternativa B: INCORRETA. O carcinoma verrucoso é uma forma clínica de CEC bem diferenciado, com crescimento lento. Pode ter várias localizações, na cavidade oral é chamado de papilomatose oral florida, na região anogenital recebe o nome de condiloma de Buschke Lowenstein, e na região plantar epiteloma cuniculatum. Raramente gera metástase, mas tem caráter invasivo local, inclusive com acometimento ósseo e tendência a recidiva.

Alternativa C: INCORRETA. Estruturas vasculares glomerulares são sugestivas de doença de Bowen, que representa um CEC in situ, portanto, não invasivo. Vasos glomerulares ou em grampo também são observados em lesões suspeitas de ceratoacantoma.

Alternativa D: CORRETA. Sabe-se que imunossupressão aumenta o risco de desenvolvimento de CEC. Segunda as respectivas bulas, o risco de desenvolvimento de câncer de pele não melanoma é de 1,6 a 4,2% para o micofenolato, e de 1 a 10% para o sirolimus. Entretanto, foi considerada correta apenas a alternativa A.