

**-- CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS --****Questão 41**

Paciente do sexo masculino, de 58 anos de idade, diagnosticado com psoríase vulgar há 12 anos, encontra-se internado no pronto-socorro da especialidade de neurologia há 12 horas. Avaliação pela equipe da dermatologia identificou lesões eritematodescamativas extensas, bem delimitadas, localizadas em regiões extensoras dos membros, do couro cabeludo, da região lombar e dos glúteos. Conforme histórico do paciente, trata-se de lesões com evolução crônica, com períodos de exacerbação e refratariedade a múltiplas abordagens terapêuticas.

Os tratamentos anteriormente realizados foram: fototerapia UVB de banda estreita, obtendo-se resposta parcial, com recidiva precoce; corticosteroides tópicos, de uso prolongado, com efeitos adversos cutâneos; metotrexato sistêmico, por 8 meses, com melhora inicial das lesões cutâneas.

O diagnóstico clínico de psoríase foi baseado em exame físico dermatológico, diante da presença de placas eritematosas, infiltradas, com escamas prateadas, distribuição típica e histórico familiar positivo.

O diagnóstico histopatológico, baseado em biópsia de pele, revelou: hiperqueratose com paraqueratose; acantose com alongamento das cristas epidérmicas; diminuição ou ausência da camada granulosa; presença de microabscessos de Munro; e infiltrado inflamatório linfocitário na derme papilar.

Durante o uso do metotrexato, a equipe observou perda de resposta clínica cutânea e o paciente apresentou complicações neurológicas (desenvolvimento de quadro clássico de doença desmielinizante do sistema nervoso periférico, confirmado por eletroneuromiografia e ressonância magnética) e cardíacas (surgimento de insuficiência cardíaca avançada, com fração de ejeção de 35% e sintomas compatíveis com classe III da NYHA).

Os dados da avaliação de gravidade da psoríase são apresentados a seguir.

- PASI (Psoriasis Area and Severity Index): 24,2
- BSA (Body Surface Area): 18%
- DLQI (Dermatology Life Quality Index): 21

Considerando a descrição clínica apresentada e as comorbidades relatadas, assinale a opção que corresponde à melhor opção terapêutica para o caso.

- A** Certolizumabe Pegol
- B** Adalimumabe
- C** Secuquinumabe
- D** Etanercepte
- E** Infliximabe

**Questão 42**

Paciente do sexo masculino, de 9 anos de idade, residente em bairro urbano com alta incidência de tuberculose, tem histórico clínico de dermatite atópica de início precoce, com evolução crônica e refratária, e apresenta lesões eczematosas extensas, prurido intenso, distúrbios do sono e comprometimento psicossocial. O quadro é agravado por múltiplas falhas terapêuticas.

Tratamentos anteriores consistiram em emolientes e corticosteroides tópicos de alta potência, inibidores tópicos da calcineurina (tacrolimo, pimecrolimo), fototerapia UVB de banda estreita e imunossupressores sistêmicos (metotrexato, micofenolato mofetil, ciclosporina e azatioprina). Nenhuma das abordagens resultou em resposta clínica sustentada.

O exame dermatológico demonstra lesões liquenificadas, exsudativas e escoriadas em face, pescoço, tronco, flexuras e membros, além de prurido intenso e sinais de infecção secundária recorrente.

Os valores das métricas de gravidade, mostradas a seguir, indicam dermatite atópica grave, com comprometimento extenso da pele e impacto significativo na qualidade de vida.

- EASI (Eczema Area and Severity Index): 38,4
- SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis): 72
- DLQI (Dermatology Life Quality Index): 24

A prova tuberculínica (PPD) foi positiva, com induração de 8 mm. Exames complementares (radiografia de tórax e baciloscopia) foram negativos para tuberculose ativa. Sorologias e exames laboratoriais excluíram imunodeficiências primárias.

Nesse caso clínico, a melhor conduta terapêutica é

- A** Baricitinibe, sem necessidade de tratamento da tuberculose latente (ILTB).
- B** Infliximabe, sem necessidade de tratamento da tuberculose latente (ILTB).
- C** Dupilumabe, sem necessidade de tratamento da tuberculose latente (ILTB).
- D** Upadacitinibe, sem necessidade de tratamento da tuberculose latente (ILTB).
- E** Abrocitinibe, sem necessidade de tratamento da tuberculose latente (ILTB).

**Questão 43**

Acerca da esporotricose, assinale a opção correta.

- A** O microcultivo não permite a diferenciação do agente causal, sendo necessário o exame histopatológico da pele.
- B** A forma cutaneolinfática é a mais comum, representando aproximadamente 33% dos casos.
- C** A forma cutânea localizada de aspecto verrucoso constitui diagnóstico diferencial com paracoccidioidomicose, leishmaniose e cromoblastomicose, mas não com tuberculose.
- D** O itraconazol é considerado tratamento de escolha para a esporotricose, podendo ser associado ou substituído, em casos selecionados, pelo iodeto de potássio ou pela terbinafina.
- E** Na histopatologia, são observados corpos fumagóides característicos da infecção.

**Questão 44**

Em relação à dermatite de contato, assinale a opção correta.

- Ⓐ O lebriquizumabe é indicado em bula para casos de dermatite de contato refratários ao uso da ciclosporina.
- Ⓑ Medicamentos tópicos são os principais agentes causadores da dermatite de contato irritativa.
- Ⓒ O mecanismo imunológico envolvido na dermatite de contato é o de diferenciação Th17 dos linfócitos B.
- Ⓓ O tratamento de primeira linha consiste na associação de ciclosporina, corticosteroides e anti-histamínicos.
- Ⓔ Na dermatite de contato irritativa, não é necessária sensibilização prévia, o teste de contato é negativo e a resolução clínica ocorre geralmente em até três semanas.

**Questão 45**

A respeito da microestrutura da pele, que é formada pelos complexos proteicos de adesão denominados desmossomas e hemidesmossomas, assinale a opção correta.

- Ⓐ A maioria dos autoanticorpos envolvidos nas doenças bolhosas tem como alvo as estruturas intracelulares dos desmossomas, o que explica os achados típicos de acantólise.
- Ⓑ Autoanticorpos direcionados contra proteínas do hemidesmossoma são responsáveis pela fisiopatologia dos pênfigos.
- Ⓒ A desmogleína 2 (DSG2) é amplamente expressa em tecidos epiteliais e não epiteliais que contêm desmossomas, como o miocárdio e o epitélio intestinal.
- Ⓓ Anticorpos contra a desmogleína 3 estão associados a alterações no desenvolvimento do cabelo e a quadros frequentes de alopecia.
- Ⓔ A quantidade e a função da desmogleína tipo 1 predominam na camada basal dos hemidesmossomas.

**Questão 46**

Acerca da imunopatologia da dermatite atópica, assinale a opção correta.

- Ⓐ A interleucina 31 tem maior ação na perda da barreira cutânea e na diferenciação Th2 dos linfócitos T em casos graves de dermatite atópica.
- Ⓑ A dermatite atópica é uma doença basicamente estimulada pelo sistema imune inato, sendo altamente dependente dos fatores regulatórios dos inflamassomas.
- Ⓒ O receptor de interleucina 13 alfa-2 é um receptor depurador (*decoy*) da interleucina 13, e seu bloqueio pode estar relacionado a uma pior resposta terapêutica.
- Ⓓ A interleucina 12 é a principal responsável pela sensibilização do prurido na dermatite atópica.
- Ⓔ As interleucinas 13 e 4 atuam por intermédio de receptores independentes e diferentes e fazem parte de vias coestimulatórias na dermatite atópica.

**Questão 47**

Assinale a opção correta no que se refere à fisiopatologia do lúpus cutâneo.

- Ⓐ A presença de corpos de Civatte é patognomônica do lúpus cutâneo subagudo.
- Ⓑ Em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, a imunofluorescência direta mostra depósitos de IgG, IgM e C3 na junção dermoepidérmica, mesmo em pele não lesada.
- Ⓒ O infiltrado inflamatório no lúpus cutâneo é predominantemente neutrofilico e perivasculare, com distribuição superficial.
- Ⓓ A banda lúpica é positiva, exclusivamente, na imunofluorescência das lesões cutâneas de lúpus crônico e no rim.
- Ⓔ Espongiose e acantólise são achados predominantes na histopatologia do lúpus cutâneo.

**Questão 48**

Paciente do sexo masculino, de 42 anos de idade, agricultor, residente em área rural da região Centro-Oeste do Brasil, apresenta lesão ulcerada em asa nasal há 6 meses, com evolução para destruição parcial do septo nasal e comprometimento do palato mole. Relata episódio anterior de lesão cutânea ulcerada em membro inferior há cerca de 2 anos, tratada com antimoniato de meglumina.

O exame físico identifica ulceração infiltrada em mucosa nasal com bordas elevadas e fundo granuloso; desvio do septo nasal e obstrução respiratória unilateral; lesão erosiva em palato mole, havendo dificuldade na fala e na deglutição.

A histopatologia indica infiltrado inflamatório crônico granulomatoso com amastigotas escassos.

Considerando esse caso clínico, assinale a opção correta.

- Ⓐ A leishmaniose visceral é transmitida por mosquitos do gênero *Anopheles* e está associada a formas mucocutâneas graves.
- Ⓑ O achado histopatológico é característico de *Leishmania infantum*.
- Ⓒ O tratamento intralesional com antimônio pentavalente deve ser iniciado imediatamente.
- Ⓓ A miltefosina, apesar de ainda não disponível no Sistema Único de Saúde (SUS), é uma opção segura de resgate para casos graves de leishmaniose tegumentar americana.
- Ⓔ A leishmaniose mucosa ocorre principalmente após infecção por espécies do complexo *Leishmania braziliensis*, sendo mais prevalente em áreas rurais da América Latina.

**Questão 49**

As dermatoses pruriginosas são condições caracterizadas por prurido intenso e crônico frequentemente associado à ativação de vias imunológicas Th2. Os inibidores da Janus Kinase (JAK) representam uma classe terapêutica inovadora na dermatologia, atuando na modulação da sinalização de citocinas envolvidas em processos inflamatórios e autoimunes. Esses medicamentos têm demonstrado eficácia no tratamento de doenças dermatológicas, especialmente em pacientes refratários a tratamentos convencionais. Ao bloquear seletivamente as vias JAK-STAT, reduzem a inflamação cutânea e promovem melhora clínica significativa e rápida. Em relação aos inibidores da JAK, assinale a opção correta.

- Ⓐ O bloqueio da JAK3 não tem benefício direto no tratamento de doenças dermatológicas.
- Ⓑ A interleucina 17 ativa, diretamente, os receptores JAK da superfície celular.
- Ⓒ O bloqueio da TYK2 é aprovado para o tratamento da psoríase em placas.
- Ⓓ Os inibidores de JAK bloqueiam diretamente a liberação de histamina pelos mastócitos, sendo indicados para tratamento da urticária crônica espontânea.
- Ⓔ Os inibidores de JAK são medicamentos biológicos que atuam diretamente na superfície celular, impedindo a ligação de citocinas aos seus receptores.

**Questão 50**

No que diz respeito ao diagnóstico diferencial das doenças do tecido conjuntivo com acometimento cutâneo, assinale a opção correta.

- Ⓐ Lesões bolhosas e acantólise são achados histológicos típicos da síndrome de Sjögren.
- Ⓑ O lúpus cutâneo subagudo apresenta lesões infiltradas e cicatríciais, com predomínio em áreas flexoras e ausência de fotossensibilidade.
- Ⓒ São achados predominantes do lúpus cutâneo crônico: telangiectasias, esclerodactilia e fenômeno de Raynaud.
- Ⓓ A esclerose sistêmica limitada cursa com miosite proximal e *rash* malar, sendo frequentemente confundida com dermatomiosite.
- Ⓔ A dermatomiosite apresenta pápulas de Gottron e heliotropo, podendo estar associada a neoplasias ocultas.

**Questão 51**

A respeito das manifestações cutâneas das doenças sistêmicas, assinale a opção correta.

- Ⓐ A manifestação extraintestinal mais comum da doença de Crohn é a dermatite herpetiforme, condição causada pela deposição de imunocomplexos com IgA.
- Ⓑ A doença de Behçet é uma vasculite cutânea desencadeada por reação de hipersensibilidade à infecção, caracterizada por úlceras simétricas autolimitadas que não deixam cicatriz, e acomete principalmente extremos etários (menores de 20 anos e maiores de 40 anos).
- Ⓒ O pioderma gangrenoso é uma vasculite leucocitoclástica cutânea que se apresenta como pápulas eritemato-violáceas que coalescem formando placas eritemato-amareladas que tendem a surgir em áreas de trauma e a respeitar uma distribuição simétrica.
- Ⓓ A vasculite por IgA, ou púrpura de Henoch Schönlein, é a vasculite mais comum na infância e se apresenta na forma de pápulas eritematosas que surgem de maneira ascendente a partir da região distal dos membros inferiores e evoluem para púrpura palpável.
- Ⓔ A sarcoidose é doença granulomatosa inflamatória crônica, associada à degeneração do tecido conectivo, tendo como lesões específicas no histopatológico granulomas epitelioides não caseosos em paliçada, associados à degeneração do colágeno.

**Questão 52**

Acerca das infecções bacterianas da pele e das micoses superficiais, assinale a opção correta.

- Ⓐ Furúnculo é uma coleção de abscessos envolvendo vários folículos pilosos que convergem, com vários pontos de drenagem purulenta.
- Ⓑ A gangrena de Fournier é uma forma específica de fascíte necrosante das regiões perineal e perianal caracterizada como emergência urológica.
- Ⓒ A doença de Ofuji (foliculite pustulosa) é uma infecção da epiderme que é causada por *Staphylococcus aureus* e se manifesta por meio de pápulas ou pústulas foliculares.
- Ⓓ A hidradenite supurativa é uma infecção bacteriana da pele que acomete principalmente regiões ricas em glândulas écrinas como axilas e virilha.
- Ⓔ A paroníquia aguda resulta da ruptura da barreira protetora entre a unha e a prega ungueal, geralmente causada por etiologia infecciosa por espécies de *Candida*.

**Questão 53**

No que se refere ao uso de terapêuticas sistêmicas nas dermatoses, inclusive imunossuppressores, imunobiológicos e inibidores da JAK (iJAK), assinale a opção correta.

- Ⓐ Devido a seus efeitos potencialmente abortivos e teratogênicos, o uso de metotrexato, ciclosporina e acitretina para o tratamento da psoríase é contraindicado durante a gestação, mesmo em casos de psoríase grave.
- Ⓑ O metotrexato é a droga de primeira escolha no tratamento de alopecia areata, quando comparado ao corticoide, independentemente da sua apresentação.
- Ⓒ Os iJAK são moléculas pequenas, pouco lipofílicas, que não dependem de metabolização para o efeito farmacológico, com rápida absorção e efeito clínico precoce.
- Ⓓ Os iJAK têm um perfil de segurança aceitável, com efeitos farmacológicos não dose-dependentes, sendo o efeito colateral mais comumente relatado a reativação de infecções como hepatite e tuberculose.
- Ⓔ O etanercepte é um anti-TNF com bom perfil de segurança no tratamento da psoríase em placas, contraindicado em pacientes pediátricos.

**Questão 54**

Paciente masculino, HIV positivo em uso irregular de tenofovir, lamivudina e dolutegravir, comparece ao consultório com múltiplas pápulas branco-róseas, algumas em formato de domo. À dermatoscopia, apresenta estruturas branco-amareladas centrais cercadas por vasos periféricos em coroa. Assintomáticas, as estruturas são distribuídas nas regiões genital e perianal e na face interna de coxas. Nega febre e linfadenomegalia.

Considerando as informações da situação hipotética precedente e a principal hipótese diagnóstica para o caso clínico em apreço, assinale a opção correta.

- Ⓐ O quadro clínico envolve lesões que nem sempre são numerosas e que se localizam majoritariamente no tronco, podendo ocorrer em qualquer parte da pele, porém sempre poupando mucosas.
- Ⓑ O tratamento para o caso em apreço deve ser feito obrigatoriamente mediante abordagem cirúrgica das lesões, com envio do material ao anatomopatológico.
- Ⓒ A histopatologia da condição em apreço revela, no interior das células epiteliais infectadas, a formação de corpúsculos de inclusão citoplasmáticos que são glóbulos de proteína viral, chamados de corpúsculos de Henderson-Patterson.
- Ⓓ O quadro clínico do paciente foi causado por um vírus de RNA da família Poxvírus.
- Ⓔ A principal hipótese diagnóstica nesse caso é de doença essencialmente transmitida por contágio sexual, assim como gonorreia, sífilis e condiloma acuminado.

**Questão 55**

Paciente masculino, 34 anos de idade, residente em área endêmica para hanseníase, é avaliado em unidade especializada no atendimento de pacientes com a referida doença. Apresenta placa eritematosa única, bem delimitada, hipoestésica, localizada no braço direito. Ao exame neurológico, detecta-se espessamento do nervo ulnar ipsilateral. Baciloscopia de raspado dérmico foi negativa.

A partir dessas informações, é correto afirmar que o caso em apreço se classifica, para fins de tratamento, como hanseníase

- Ⓐ dimorfa-virchowiana, devido à presença de baciloscopia negativa.
- Ⓑ multibacilar, devido à presença de nervo acometido.
- Ⓒ indeterminada, pois toda lesão única é considerada indeterminada.
- Ⓓ virchowiana, devido à presença de espessamento neural evidente.
- Ⓔ paucibacilar, devido à presença de lesão única e baciloscopia negativa.

**Questão 56**

Paciente masculino, idoso, fototipo II, trabalhador rural, apresenta lesão em lábio inferior há oito meses, de crescimento progressivo e com dor local. Ao exame, observa-se placa ulcerada, infiltrada, com bordas endurecidas e áreas hiperqueratóticas, localizada em mucosa labial.

Para o caso hipotético precedente, o diagnóstico mais provável é de

- Ⓐ líquen plano erosivo.
- Ⓑ carcinoma espinocelular.
- Ⓒ carcinoma basocelular.
- Ⓓ dermatofibrossarcoma.
- Ⓔ melanoma lentiginoso acral.

**Questão 57**

Paciente idoso de fototipo II apresenta carcinoma de células escamosas bem diferenciado, com 2,2 cm de diâmetro, localizado no lábio. Não há linfonodomegalias palpáveis.

Considerando as recomendações atuais de cirurgia dermatológica, assinale a opção correta.

- Ⓐ Recomenda-se tratar o paciente com radioterapia, uma vez que a mucosa labial é área de difícil abordagem cirúrgica e reconstrução.
- Ⓑ Recomenda-se que o tratamento se dê por meio de curetagem e eletrocoagulação, pois a lesão é bem diferenciada.
- Ⓒ As técnicas de avaliação da margem periférica e profunda (PDEMA) são contraindicadas nesse caso, porque a lesão acomete a mucosa.
- Ⓓ O tratamento mais recomendado nesse caso é a excisão com margens de 3-4 mm e a reconstrução primária, devido à localização em cabeça/pescoço.
- Ⓔ Na situação em apreço, recomenda-se proceder à cirurgia micrográfica de Mohs, considerados os fatores de alto risco.

**Questão 58**

A *tinea capitis* é uma dermatofitose do couro cabeludo e pode ser classificada de acordo com a apresentação clínica ou micológica observada no exame direto. A cultura para fungos é necessária para determinar o agente causador da infecção e, assim, definir o melhor tratamento para cada caso. A respeito da *tinea capitis*, assinale a opção correta.

- Ⓐ O *Microsporum canis* apresenta parasitismo do tipo endotrix e fluorescência verde azulada com a lâmpada de Wood.
- Ⓑ A *tinea capitis* predomina em crianças, devido às propriedades fungistáticas do sebo do couro cabeludo infantil, maturação do folículo piloso e maturidade do sistema imunológico.
- Ⓒ A griseofulvina é mais indicada nos casos de infecção por fungos do gênero *Microsporum* e a terbinafina para o gênero *Trichophyton*.
- Ⓓ A *tinea capitis* tonsurante pode ser subdividida em dois padrões: microspórico (múltiplas lesões menores) e tricofítico (poucas lesões de maior diâmetro).
- Ⓔ As *tineas capitis* tricofíticas são causadas por agentes zoofílicos do gênero *Trichophyton*, e as *tineas capitis* microspóricas por agentes geofílicos do gênero *Microsporum*.

**Questão 59**

Durante a dermatoscopia de uma lesão cutânea não pigmentada em região nasal, observa-se presença de vasos de grande calibre, bem delimitados, de coloração vermelho-brilhante, que se ramificam em ramos mais finos de forma não homogênea.

Na situação precedente, a hipótese diagnóstica mais provável, considerado o padrão vascular em apreço, é de

- Ⓐ líquen plano.
- Ⓑ nevo intradérmico.
- Ⓒ psoríase vulgar.
- Ⓓ carcinoma basocelular.
- Ⓔ dermatofibroma.

**Questão 60**

Uma paciente com 28 anos de idade, lactante, retorna de viagem ao litoral brasileiro, onde participou de torneio de *surf*, e busca atendimento dermatológico relatando prurido intenso há uma semana. O prurido se dá em lesão serpiginosa eritematosa em região plantar direita, com vesículas e bolhas. Os exames laboratoriais apresentam alteração apenas com discreta eosinofilia.

A partir das informações da situação hipotética precedente, assinale a opção em que são apresentados, respectivamente, o diagnóstico mais provável e o tratamento de escolha para o caso apresentado.

- Ⓐ eritema nodoso localizado — prednisona 0,5-1 mg/kg/dia por quatro semanas
- Ⓑ larva migrans cutânea — albendazol 15mg/kg/dia via oral por três dias
- Ⓒ herpes simples — aciclovir 400 mg via oral de 8 em 8 horas por sete dias
- Ⓓ larva Currens — ivermectina 200 mg/kg via oral em dose única
- Ⓔ escabiose — tiabendazol creme 5% em aplicação tópica única