

FORMULÁRIO PARA PUBLICAÇÃO DE GABARITO
EDITAL N.º 001/2018 - PROEG

CAMPUS: CAMPUS UNIVERSITARIO DE CÁCERES – “JANE VANINI”
CURSO: MEDICINA - GABARITO: 4 e 5ª FASE
Gabarito Questões Objetivas:

Nº DA QUESTÃO	ALTERNATIVAS			
	A	B	C	D
01				X
02	X			
03			X	
04				X
05			X	
06	X			
07				X
08	X			
09				X
10		X		
11	X			
12				X
13			X	
14				X

Gabarito Questões Dissertativas (resposta esperada em cada questão)

15. Resposta esperada:

A. Síndrome de úlcera genital e síndrome de exantema febril.

Sífilis: presença de úlcera genital com bordas infiltradas e endurecidas, fundo limpo, indolor (“protossifiloma” ou “cancro duro”). Além disso, *rash* maculopapular róseo em tronco e membros, incluindo palmas e plantas, onde pode se tornar descamativo (“roséola sífilítica”), acompanhado de febre, adenomegalias cervicais e inguinais e, mais raramente, hepatoesplenomegalia leve.

Agente etiológico provável: *Treponema pallidum*.

Via de transmissão: Sexual.

B. Relações sexuais desprotegidas (o paciente usa preservativos na maioria das relações, não em todas) e antecedente de outras lesões genitais, que sugerem doenças sexualmente transmissíveis pregressas.

Na sífilis adquirida, a lesão genital corresponde ao ponto de inoculação do agente infeccioso no momento do contato sexual e aparece em torno de 3 semanas após o contato. Assim, a fase é classificada como sífilis primária. Na maioria, a lesão genital cicatriza espontaneamente, e segue-se a fase de latência clínica. Em média, 6 semanas após o contato, surge a fase clínica, correspondente ao período de disseminação hematogênica do *Treponema*, caracterizada por febre, exantema maculopapular e linfadenomegalias, chamada sífilis secundária. Portanto, o paciente apresenta sífilis secundária concomitante à lesão primária.

C. Na fase secundária devem ser realizados testes treponêmicos (ELISA, FTA-ABS), específicos para o agente sempre positivos no secundarismo. No entanto, uma vez positivos, permanecem reagentes ao longo da vida do indivíduo, portanto não são úteis para diferenciar infecção ativa de contato pregresso. Por isso, devem-se realizar testes não treponêmicos (VDRL, RSS), que apesar de não serem específicos o agente têm grande correlação com doença ativa e permitem a titulação dos anticorpos.

Sim, está indicada sorologia para HIV, com o consentimento do paciente. O teste sorológico deve ser oferecido a todos que recebam diagnóstico de doença transmitida por contato sexual, visto que há suposição epidemiológica dessas entidades, isto é, as mesmas práticas que levaram à aquisição de doença sexualmente transmissível podem resultar em exposição ao HIV.

16. Resposta esperada:

a) O risco de contaminação do feto diante de uma infecção aguda por toxoplasmose entre o 2º e o 3º trimestres de gestação é alto e, com o avanço da gestação, cada vez maior. Sabe-se que a taxa média de transmissão no 3º trimestre é de cerca de 60% e pode chegar a 90% próximo do termo. No caso, como a sorologia era negativa no 1º trimestre, tanto IgG quanto IgM, sabe-se que a paciente não havia entrado em contato com a doença até então. Como a sorologia no 3º trimestre passou a apresentar-se positiva, tanto IgG quanto IgM, constata-se um quadro de doença ativa. A IgM aparece dentro de 2 semanas, chega ao auge em 1 mês e declina dentro de 6 a 9 meses. O teste de avididade confirma a vigência de doença aguda, pois os anticorpos IgG produzidos no início da infecção têm baixa avididade, a qual aumenta com o tempo. Portanto, tem-se doença comprovadamente aguda, iniciada há mais de um mês, pelo menos, na sua fase inicial, determinando alto risco de contaminação do feto.

b) De imediato, em alojamento conjunto, deve-se solicitar raio x de crânio, podendo-se encontrar sinais de calcificação no crânio, que, além de evidenciar prováveis calcificações no sistema nervoso central, já avalia a existência e a intensidade da hidrocefalia, outra ocorrência clássica na doença. Deve-se ainda já solicitar a sorologia do recém-nascido, que, se apresenta IgG positiva e tem IgM positiva, confirma doença aguda no recém-nascido, já que a IgM não atravessa a placenta. Outra avaliação frequente em alojamento conjunto que pode sugerir o quadro congênito é a avaliação de fundo de olho, que pode já apresentar-se alterada.

c) A tríade clássica que caracteriza a toxoplasmose congênita compreende hidrocefalia, coriorretinite e calcificações intracranianas. Via de regra, a grande maioria é assintomática, principalmente quando contaminada no último trimestre de gestação, quando a transmissão é alta, mas a gravidade é baixa. Normalmente, é impossível prever o prognóstico de um recém-nascido assintomático; a maioria deles não tem sinais francos de infecção, mas pode ter anormalidades retinianas e do sistema nervoso central à investigação. Os quadros sintomáticos normalmente são graves, e os sinais neurológicos predominam. A doença sintomática nos primeiros 3 meses de vida é mais comum em prematuros. Os sintomas neurológicos mais frequentes são microcefalia ou fontanela abaulada, com aumento do perímetro cefálico, crises convulsivas, opistótono, paralisia, disfagia, dificuldade respiratória e surdez. A coriorretinite pode acarretar deficiência visual. Lesões neonatais não tratadas podem desenvolver-se nos primeiros anos de vida. Clinicamente, pode haver estrabismo, nistagmo, cataratas e microcórneas. Podem-se ainda observar hepatoesplenomegalia, icterícia e trombocitopenia.

Cáceres, 09 de abril de 2018.

Prof. Mayra A. Côrtes - Presidente da Banca.