

CADERNO DE PROVA RESIDÊNCIA MÉDICA – MEDICINA TROPICAL



QUESTÃO | Comente a fisiopatologia da malária grave por *P. falciparum*.

1

Resposta esperada:

A maioria dos casos de malária grave e de óbitos é causada pelo *P. falciparum*, apesar de existirem relatos cada vez mais frequentes de infecções graves pelo *Plasmodium vivax*. As infecções pelo *P. falciparum* se associam a maior parasitemias. O *P. falciparum* é a única espécie que claramente produz alterações na microcirculação, concorrendo assim para o surgimento de uma doença mais grave. Após a invasão das hemácias pelo protozoário acontecem, progressivamente, mudanças na membrana celular, com alteração das propriedades de transporte, exposição de antígenos de superfície e inserção de proteínas derivadas do microrganismo. As hemácias infectadas pelo agente apresentam protruções eletrodensas em sua superfície, o que facilita a aderência dessas às células endoteliais de vênulas e pós-capilares e capilares de diversos órgãos, como cérebro, pulmões e rins, além da presença de adesinas do *Plasmodium* – como os knobs –, propiciando a maior gravidade da doença, através do fenômeno conhecido por citoaderência.

CADERNO DE PROVA RESIDÊNCIA MÉDICA – MEDICINA TROPICAL



QUESTÃO | Descreva a definição de síndrome inflamatória da reconstituição imune no contexto da infecção pelo HIV e os aspectos diagnósticos principais.

2

Resposta esperada:

O diagnóstico da síndrome inflamatória da reconstituição imune é clínico e deve ser considerado quando sinais ou sintomas inflamatórios ocorrem entre quatro a oito semanas após o início da TARV, na reintrodução de um esquema interrompido ou na modificação para um esquema mais eficaz após a falha virológica. Observa-se, em geral, aumento na contagem de LT-CD4+ e redução na CV-HIV, o que demonstra a efetividade do tratamento.

- Piora de doença reconhecida ou surgimento de nova manifestação após início da TARV.
- Contagem de LT-CD4+ <100 céls/mm³ antes do início ou modificação do esquema.
- Relação temporal entre o início da TARV e o aparecimento das manifestações inflamatórias (geralmente dentro de quatro a oito semanas do início da TARV).
- Presença de resposta imune, virológica ou ambas após início da TARV.
- Exclusão de falha ao tratamento, reação adversa ou superinfecção.

CADERNO DE PROVA RESIDÊNCIA MÉDICA – MEDICINA TROPICAL



QUESTÃO | Descreva a classificação clínica da esquistossomose com as características centrais das diferentes formas.

3

Resposta esperada:

- Forma aguda : Após três a sete semanas de exposição, caracterizada por febre, anorexia, dor abdominal e cefaléia, o paciente pode apresentar, em menor frequência, diarreia, náuseas, vômitos, tosse seca. Durante o exame físico, pode-se detectar a hepatoesplenomegalia,

- Esquistossomose crônica: A doença começa a se cronificar a partir dos seis meses após a infecção, podendo evoluir por muitos anos. Aparecem os sinais e sintomas de evolução da patologia no acometimento de vários órgãos, com níveis extremos de gravidade. As manifestações clínicas variam, a depender da localização do parasito e da intensidade da carga parasitária, podendo apresentar as formas intestinal, hepatointestinal, hepatoesplênica e até neurológica.

o Forma intestinal

o Hepatointestinal

o Hepatoesplênica

CADERNO DE PROVA RESIDÊNCIA MÉDICA – MEDICINA TROPICAL



QUESTÃO | **Descreva os métodos empregados no diagnóstico da leishmaniose visceral.**

4

Resposta esperada:

- As infecções inaparentes ou assintomáticas são aquelas em que não há evidência de manifestações clínicas. O diagnóstico é feito através da coleta de sangue para exames sorológicos (imunofluorescência indireta/IFI ou enzyme linked immunosorbent assay/ ELISA), ou através da intradermorreação de Montenegro reativa. Os títulos de anticorpos em geral são baixos e podem permanecer positivos por um longo período. Vale a pena lembrar que os pacientes que apresentam cura clínica ou aqueles com leishmaniose tegumentar (formas cutânea e mucosa) podem apresentar reatividade nos exames sorológicos e na intradermorreação de Montenegro.

- Exames das formas sintomáticas ou aparentes:

o Exames laboratoriais inespecíficos : hemograma, VHS e eletroforese de proteínas

o Os exames sorológicos, Imunofluorescência Indireta (IFI) e Ensaio Imunoenzimático (ELISA) são invariavelmente reativos e a Intradermorreação de Montenegro (IDRM) negativa. O aspirado de medula óssea e do baço geralmente mostram presença de formas amastigotas do parasita. Na forma oligossintomática, a punção aspirativa de medula óssea pode ou não mostrar a presença da Leishmania, não sendo, a princípio, indicada a sua realização; a IDRM pode estar positiva e a sorologia é, invariavelmente, reagentes.

QUESTÃO | Compare as duas principais formas da paracoccidiodomicose-doença quanto as características epidemiológicas e clínicas.

5

Resposta esperada:

Forma aguda/subaguda (forma juvenil) A forma aguda/subaguda da PCM é responsável por 5-25% dos casos, podendo ser mais frequente em algumas regiões endêmicas e quase nunca observada em outras. No Brasil, é mais comumente observada nos seguintes estados: Maranhão, Minas Gerais, Pará, Goiás e São Paulo. Sua incidência parece estar diminuindo em algumas áreas endêmicas. Predomina em crianças e adolescentes e adultos jovens, podendo eventualmente acometer adultos com mais de 30 (até os 40) anos de idade. A distribuição por gênero é praticamente igual, particularmente entre crianças. Esta forma clínica mostra uma evolução rápida, com ampla disseminação do fungo a múltiplos órgãos e sistemas. Em geral, os pacientes são diagnosticados poucas semanas após o início dos sintomas. A maioria deles demonstra envolvimento do sistema fagocítico- mononuclear, destacando-se a presença de linfadenomegalia localizada ou generalizada, que pode, na evolução, apresentar supuração, fistulização e hepatoesplenomegalia, além de manifestações digestivas, lesões cutâneas (ou de mucosas), envolvimento osteoarticular e, raramente, comprometimento pulmonar. Febre, perda de peso, anorexia e emagrecimento acompanham com frequência o quadro clínico. Linfadenomegalias intra-abdominais podem coalescer, produzindo massas tumorais que exercem compressão em vários órgãos, tais como colédoco e alças intestinais. Forma crônica (do adulto) Esta forma clínica é responsável pela maioria dos casos de PCM, com prevalência de 74 a 96%. Apresenta-se em geral em adultos com 30 a 60 anos de idade e predomina no sexo masculino – razão de masculinidade igual a 22:1. A doença instala-se de forma mais lenta, com duração da sintomatologia acima de quatro a seis meses e, por vezes, acima de um ano. Em alguns casos, a instalação é silenciosa e a doença é flagrada por exame solicitado para fins trabalhistas ou check-up. O comprometimento pulmonar está presente em 90% dos pacientes. Além dos pulmões, mucosa das vias aerodigestivas superiores e pele são os sítios mais acometidos pela PCM . Quanto à gravidade, a forma crônica pode ser classificada em leve, moderada e grave.

QUESTÃO | **Descreva o processo de diagnóstico das infecções pelo SARS-Cov-2.**

6

Resposta esperada:

- **DIAGNÓSTICO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO:** casos de paciente com a associação dos sinais e sintomas supracitados ou SRAG MAIS histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 14 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.
- **DIAGNÓSTICO CLÍNICO-IMAGEM:**
 - caso de sintomas respiratório mais febre ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar ou descartar por critério laboratorial E que apresente alterações tomográficas.
- **DIAGNÓSTICO LABORATORIAL** - Caso o paciente apresente os sintomas respiratórios mais febre ou SRAG. O profissional de saúde poderá solicitar os seguintes exames laboratoriais: De biologia molecular, (RT-PCR em tempo real) que diagnostica tanto a COVID-19, a Influenza ou a presença de Vírus Sincicial Respiratório (VSR) normalmente até o oitavo dia de início de sintomas. Imunológico, que detecta, ou não, a presença de anticorpos em amostras coletadas a partir do oitavo dia de início dos sintomas. Sendo eles: Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA); Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos; Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA). Pesquisa de antígenos: resultado reagente para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

QUESTÃO | **Descreva os esquemas antirretrovirais recomendados em indivíduos com a coinfeção tuberculose/HIV.**

7

Resposta esperada:

- Coinfeção TB-HIV(d) sem critérios de gravidade o Tenofovir + lamivudina + Efavirenz
- Coinfeção TB-HIV com um ou mais dos critérios de gravidade abaixo (LT-CD4+ <100 céls/mm³; Presença de outra infecção oportunista; Necessidade de internação hospitalar; doença grave; Tuberculose disseminada
 - o Tenofovir + lamivudina + Raltegravir

QUESTÃO

8

No diagnóstico da dengue, quais os períodos clínicos mais adequados para a máxima eficiência diagnóstica com testes baseados na detecção, respectivamente, de: anticorpos IgM e IgG, antígenos e ácidos nucléicos?

Resposta esperada:

- Testes virológicos ou de antígenos apresentam maior sensibilidade nos primeiros 5 dias. A pesquisa do antígeno NS1 pode ser positiva até 8 dias.
- Os testes sorológicos começam a serem detectados após o 6º dia de doença

QUESTÃO

9

Descreva as formas clínicas, suas características principais e tratamento, da toxoplasmose em pacientes imunocompetentes.

Resposta esperada:

- Forma ganglionar aguda: doença febril com adenopatias e comum hepatoesplenomegalia. Contudo, trata-se de infecção pleomorfa, podendo causar, em indivíduos imunodeprimidos, encefalite, mielite, miocardite, pneumonia intersticial e outros comprometimentos
- Toxoplasmose ocular : Coriorretinite
- Na gestação: geralmente assintomática
- Congênita: assintomática, doença leve ou variado espectro de malformações

CADERNO DE PROVA RESIDÊNCIA MÉDICA – MEDICINA TROPICAL



QUESTÃO | Descreva o quadro clínico e métodos empregados no diagnóstico da meningite por *Mycobacterium tuberculosis*.

10

Resposta esperada:

• Quadro clínico: o Cefaleia

o Apatia ou irritabilidade

o Perda de apetite

o Náuseas ou vômitos

o Confusão mental

o Crises convulsivas

o Febre o Estrabismo

o Alterações de fala

• Diagnóstico complementar o Exames de imagem: CT ou RNM do encéfalo; radiografia de tórax

o Análise do líquido cefalorraquidiano o PCR no LCR o Pesquisa e BAAR e cultura no LCR

