

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2021, DE 5 DE OUTUBRO DE 2020.**

<b>PROGRAMAS – GRUPO 012</b>	<b>Data e horário da prova:</b>
<b>Alergia e Imunologia Pediátrica (601).</b>	<b><i>Domingo, 29/11/2020, às 8h.</i></b>

## **INSTRUÇÕES**

- Você receberá do fiscal:
  - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
  - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

***Para ganhar é preciso gastar.***

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de nenhum tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

## **INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA**

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

**Tipo “U”**

**PEDIATRIA****Itens de 1 a 60**

Um lactente de 3 meses de vida, saudável, é levado pela mãe ao posto de saúde. A mãe tem dúvidas acerca da amamentação, achando que o seu leite não está sendo suficiente, pois ouviu a mãe dela comentar que, na família, ninguém produz leite forte. A vizinha expôs que deve ser o cansaço e a falta de boa alimentação, aconselhando-a a beber água e descansar. Ela não acreditou na vizinha e perguntou ao médico se pode dar outro leite ao lactente.

Com base no caso descrito e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

1. A mãe não precisaria perguntar, pois o bebê já está na idade de iniciar a alimentação.
2. O cansaço e o estresse podem influenciar o reflexo de ejeção do leite, inibindo-o.
3. A manutenção do volume do leite é influenciado pela hidratação materna.
4. Deve-se averiguar a sucção do bebê durante a mamada, pois a produção do leite aumenta com a sucção eficaz do lactente.
5. A hipogalactia é frequente e não se relaciona com a sucção.
6. Uma vez que o leite final é de maior densidade calórica, recomenda-se esvaziar a mama e depois oferecer a mama contralateral.
7. A vizinha estava certa em aconselhar a mãe a oferecer água para o lactente.
8. Deve-se aconselhar a mãe a oferecer outro leite, já que geralmente é necessário fazer um complemento para os bebês.

O pediatra está de plantão em uma maternidade da periferia de uma grande cidade. Na madrugada, uma gestante em período expulsivo dá entrada nessa maternidade. A mãe levou seu cartão de pré-natal com preenchimento adequado e com consultas regulares, mas, para sua surpresa, a idade gestacional é compatível com 33 semanas pela DUM.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

9. A sobrevida de recém-nascidos prematuros (RNPT), definidos como os nascidos vivos com idade gestacional menor que 37 semanas, reflete a estrutura e a qualidade do cuidado antenatal, e o pediatra deve estar preparado para receber esse recém-nascido (RN) na assistência ao parto.
10. É fundamental, em todo parto prematuro, a presença de dois a três profissionais de saúde, com pelo menos um pediatra apto a intubar e indicar massagem cardíaca e medicações.
11. Quando um RNPT não melhora ou não atinge níveis desejáveis de SatO<sub>2</sub>, com a ventilação por pressão positiva (VPP) em concentração de O<sub>2</sub> a 30%, a primeira medida é aumentar imediatamente a oferta de oxigênio suplementar.
12. No RN abaixo de 34 semanas, indica-se o clampamento imediato do cordão umbilical, independentemente de sua vitalidade.

13. No atendimento ao RN saudável de mães com suspeita ou infecção pelo Sars-CoV-2, deve-se adiar a amamentação e o contato pele a pele.
14. A oximetria de pulso detecta, de forma contínua, a frequência de pulso, mas demora para detectá-la e subestima a frequência cardíaca (FC), podendo levar a um aumento desnecessário de intervenções para o neonato, na sala de parto.

Um lactente de 10 dias de vida é levado à unidade básica de saúde (UBS) em virtude de a mãe notar “olhos amarelados” no filho. Ela relata que ele já saiu um pouco amarelo da maternidade, de onde teve alta com três dias de vida após colher sangue. O grupo sanguíneo da mãe e do bebê é A +.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

15. A prematuridade, independentemente do peso ao nascer, é considerada um dos fatores de risco mais importantes para hiperbilirrubinemia em razão da capacidade diminuída da conjugação hepática da bilirrubina e da dificuldade na sucção e deglutição para manter uma oferta adequada de leite materno.
16. Deve-se pesquisar, nesse caso, a presença de cefalo-hematoma, porém a icterícia seria de resolução rápida, não durando 10 dias.
17. A icterícia fisiológica apresenta progressão cefalocaudal.

A mãe de uma criança de 4 anos de idade levou a filha ao setor de emergência com queixa de que a menina “sacudi o corpo todo”, pela primeira vez, após ter dado uma medicação para febre. Ela relata que a criança estava com temperatura de 38 °C, poucos espirros, tosse seca e que a crise foi rápida, não sabendo especificar o tempo.

Acerca desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

18. A crise convulsiva febril simples pode-se apresentar como tônico-clônica generalizada e tem curta duração, menor que 15 minutos.
19. No caso mencionado, a epilepsia é o mais provável diagnóstico, cujos fatores de risco incluem atraso do desenvolvimento e crise febril complexa.
20. Caso a criança chegasse ao hospital ainda em crise, seria preconizada administração de benzodiazepínicos, como o diazepam, por via intravenosa IV.
21. O estado de mal epilético é uma emergência médica, muito frequente na crise convulsiva febril em função da imaturidade da criança.
22. Em lactentes com histórico de insulto neurológico prévio, como uma encefalopatia crônica não progressiva desde o nascimento, isso pode ocasionar uma lesão neurológica estática, sendo causa de crises convulsivas não febris.

**Área livre**

Uma criança de 3 anos de idade apresenta tosse produtiva, espirros e febre de 38 °C há cinco dias. A mãe refere que a filha não quer brincar durante o episódio febril, mas, quando a febre passa, ela melhora; porém notou um “cansaço” nela. Ao exame, a criança encontra-se quieta no colo da mãe, febril (38 °C), com FR = 50 irpm, FC = 120 bpm e SatO<sub>2</sub> = 97%.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

23. A pneumonia é a principal causa de mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade nos países em desenvolvimento.
24. No caso em questão, a mãe poderia observar o “cansaço” da criança por meio da frequência respiratória, que está normal para a idade.
25. Nesse caso, seria preciso esperar sibilos na ausculta pulmonar, pois isso é comum na pneumonia adquirida na comunidade (PAC).
26. Em crianças de 2 meses a 5 anos de idade com PAC, a presença de tiragem subcostal classifica-a como tendo pneumonia grave.
27. A aspiração de corpo estranho é um diagnóstico diferencial importante na criança com sibilância.

Os pais levam uma criança de 4 anos de idade à consulta médica. Relatam que a menina não quer mais ir à escola, porque os amigos evitam brincar com ela por estar sempre cheirando a xixi. Na anamnese, a mãe refere que a filha urina muito na cama, durante o dia, não sente vontade de fazer xixi e, quando percebe, já está molhada. Sempre foi assim. A mãe fica preocupada também porque a criança cai muito e notou que o pé dela é torto desde que nasceu. A menina nasceu bem, a termo, com bom peso e bom Apgar, porém foi logo encaminhada à unidade de terapia intensiva (UTI) para aguardar a cirurgia da medula.

Tendo em vista esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

28. É frequente a deformidade dos pés, podendo-se encontrar pé equinovaro, pé varo, cavo-varo e pé equino.
29. O desfralde antes dos 2 anos de idade pode ser a causa da incontinência urinária.
30. É necessário solicitar um estudo urodinâmico, em que é avaliada a pressão da musculatura detrusora.
31. Os defeitos do fechamento do tubo neural (DFTN) são malformações congênitas frequentes, que ocorrem em virtude de uma falha no fechamento adequado do tubo neural embrionário durante o final da gestação.
32. Quase todos os pacientes são portadores de distúrbios esfinterianos, vesicais e anais, de difícil controle, que causam predisposição a infecções urinárias.
33. A hidrocefalia está associada a mais de 70% dos casos, o que pode ser uma causa de deterioração neurológica consequente a disfunção do sistema de drenagem.

Considere um recém-nascido (RN) do sexo masculino, com 24 horas de vida, nascido de parto vaginal, a termo, com peso ao nascer de 3.335 g, Apgar 9, no 1º minuto e 10, no 5º. Durante o exame físico, o pediatra nota uma musculatura abdominal muito flácida, com a pele dessa região enrugada, aparência de “ameixa seca”, em batráquio. Apresenta aparelho cardiopulmonar normal, genitália masculina com ambos os testículos criptorquídicos. FR = 50 irpm, FC = 120 bpm e SatO<sub>2</sub> = 98%. O RN evoluiu com retenção urinária e aumento das escórias renais.

Acerca desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

34. O diagnóstico deve ser feito precocemente, preferencialmente intraútero, e o tratamento, sobretudo das anormalidades do sistema urinário, não deve ser retardado.
35. A correção da criptorquidia deve ser feita até 1 ano de vida.
36. Embora os rins possam ser normais, a displasia renal e a hidronefrose são comuns, mas a insuficiência renal não é comum.
37. No sexo feminino, há números elevados de ocorrências como as do caso descrito.
38. É necessária a solicitação de ecocardiograma para avaliar anomalias cardíacas que estão presentes em 10% dos casos.

Uma criança de 8 anos de idade, portadora de síndrome de Down, ao ser atendida em consulta de seguimento, apresentou as seguintes mensurações: peso = 34 kg (percentil 90-95); altura = 1,18 cm (percentil 25); e IMC = 25 (percentil 95). Ao exame, encontra-se em BEG, corada, hidratada, FC = 80 bpm, FR = 30 irpm e SatO<sub>2</sub> = 97% em AA. Quanto ao aparelho cardiovascular, verifica-se RCR, 2T, sem sopros, constatando-se também precórdio calmo, pulmonar e abdome sem alterações.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

39. Antes de indicar atividade física, tais como natação, ginástica ou futebol, para perda de peso ou manutenção da saúde, recomenda-se radiografia da coluna cervical em posição neutra em perfil, flexão e extensão.
40. O acompanhamento odontológico é importante nos primeiros anos de vida e, durante a idade escolar, é feito quando ocorrem queixas.
41. Em relação ao IMC, observa-se um percentil aumentado, configurando um excesso de peso. Para tal avaliação, podem ser utilizadas as curvas da Caderneta da Criança.
42. A Síndrome do caso clínico descrito é a alteração cromossômica mais comum em humanos e a principal causa de deficiência intelectual na população.
43. O fenótipo na síndrome de Down tem uma expressividade variada, apesar de existirem três possibilidades do ponto de vista citogenético.
44. A comunicação aos pais, na maternidade, não deve ser realizada, mesmo quando sinais e sintomas são característicos. O esclarecimento deve ser feito em serviço especializado.

Durante a visita de alojamento conjunto, ao solicitar a caderneta de acompanhamento obstétrico da mãe de um recém-nascido (RN), verificaram-se sorologias para sífilis positivas no primeiro trimestre da gestação. A gestante foi tratada com benzilpenicilina benzatina na dose total de 7,2 milhões UI. O VDRL da mãe após o tratamento reduziu de 1:32 para 1:8.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

45. Caso o RN seja assintomático ao exame e VDRL 1:8, ainda assim a criança foi exposta à sífilis.
46. Na consulta do 6º mês de vida, o VDRL deverá ser não reagente nos casos em que a criança não tiver sido infectada.
47. O teste treponêmico no bebê deve ser realizado em todas as consultas de puericultura, para acompanhamento juntamente com o da mãe.
48. O intervalo entre doses da benzilpenicilina benzatina pode ser espaçado, para evitar a dor, fazendo-se aplicação de 1,2 milhão a cada mês.
49. No início do acompanhamento pré-natal, é aconselhável pedir o teste treponêmico, que é o primeiro teste a ficar reagente, aguardando o não treponêmico.
50. Mesmo quando houver histórico de tratamento prévio, o lactente que for diagnosticado com sífilis congênita durante o seguimento deverá ser tratado com penicilina.
51. Atraso no desenvolvimento pode ter como causa a sífilis congênita tardia.
52. Nas crianças com alteração inicial do líquido, neurosífilis, a punção líquórica posterior deve ser reservada quando aparecerem sinais e sintomas neurológicos.

Os avós levam uma criança de 1 ano de idade ao posto de vacinação para atualização da caderneta. Durante a conversa com o agente comunitário de saúde, os avós relatam preocupação com um exame ao nascimento, apesar de o neto estar bem, sem adoecimento. Contam que o primeiro teste do pezinho deu uma alteração na tireoide e, quando foi repetido, o resultado foi normal. Mesmo assim, eles não se mostraram tranquilos e ficam com medo de dar vacina, principalmente durante a pandemia.

A respeito desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

53. Caso a criança, no momento da visita ao posto de saúde, apresentasse sinais de doenças do trato respiratório superior, com febre, tosse e (ou) coriza ou ainda diarreias leves, estaria contraindicada a vacinação.
54. Pode ser administrada a vacina de varicela, que é de vírus vivo atenuado.
55. O hipotireoidismo congênito, doença que pode ser diagnosticada pela triagem neonatal, deve ser confirmado após coleta de sangue do recém-nascido.
56. Na idade de 12 meses de vida, deve ser aplicada a primeira dose da vacina triplice viral, segundo o Ministério da Saúde. Ela não poderá ser aplicada junto com a vacina da febre amarela.
57. O tratamento do hipotireoidismo congênito deve ser expectante, reavaliando, nas consultas de puericultura, o desenvolvimento neuropsicomotor.
58. Não há evidências acerca da interação da Covid-19 e a resposta imune às vacinas.
59. É necessário aproveitar a visita ao posto de saúde para avaliar a marca da vacinação BCG no lactente, pois, caso essa cicatriz vacinal não esteja presente, deve-se revaciná-lo.
60. A vacina BCG e a do sarampo, que devem ser verificadas no cartão vacinal, são vacinas de vírus vivos atenuados.

## ALERGIA E IMUNOLOGIA

### Itens de 61 a 120

Um lactente de 8 meses de vida chega ao serviço de emergência com quadro de lesões urticariformes em face e tronco, angioedema de pálpebra direita e lábios, vômito seguido de tosse seca, rouquidão e agitação motora, de início súbito há 20 minutos, cerca de 10 minutos após o almoço. Na refeição, ingeriu chuchu, batata inglesa, cenoura, arroz e ovo mexido. Já estava habituado ao consumo desses alimentos, mas, há uma semana, apresentou bolinhas avermelhadas e pruriginosas no rosto e no corpo após ingerir ovo cozido no almoço, que melhoraram após cerca de 20 minutos com banho. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, corado, hidratado, afebril, eupneico, acianótico, com tosse seca repetitiva e rouquidão leve, sem estridor, choroso e irritado. Constatam-se MVF sem RA, FR = 41 irpm, SatO<sub>2</sub> = 96% em ar ambiente, BRNF sem sopros, hemodinamicamente estável, abdome inocente, ativo e reativo, sem sinais meníngeos.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

61. Intoxicação alimentar, provavelmente ovo contaminado com *Salmonella sp.*, constitui uma hipótese diagnóstica bastante provável, sendo necessária a coleta de hemocultura e coprocultura.
62. A prescrição medicamentosa que deve ser imediatamente administrada é epinefrina, seguida de anti-histamínico e corticoide.
63. Em casos como esse, a via preferencial de administração de adrenalina é subcutânea nas pernas.
64. Dermatite atópica de início precoce e grave está associada mais frequentemente à ocorrência de alergia alimentar.
65. Caso a criança se estabilize na primeira hora após a admissão na emergência, é indicado alta do serviço de emergência com seguimento de tratamento domiciliar.
66. O calendário vacinal do Programa Nacional de Imunizações pode ser seguido sem restrições.
67. Caso a mãe do paciente o amamente, indica-se dieta de exclusão rigorosa de ovo e derivados, mesmo que a criança não tenha sintomas ao ser amamentada com a mãe consumindo ovo habitualmente.
68. Deve-se orientar a família para que, duas semanas após esse episódio, novamente ofereça à criança os mesmos alimentos em casa, para fins de comprovação diagnóstica.

### Área livre

O diagnóstico precoce dos erros inatos de imunidade (EII) é essencial para o tratamento adequado e a melhora do prognóstico de seus portadores. A triagem neonatal é uma importante ferramenta que pode auxiliar nesse diagnóstico.

Com relação a esse tema e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

69. A quantificação de T-Cel/Receptor Excision Circles (TREC) permite a triagem para imunodeficiências associadas a linfócitos T. A redução ou ausência de cópias de TREC é observada em recém-nascidos (RN) com imunodeficiência combinada grave.
70. A redução ou ausência de cópias de Kappa-Deleting Recombination Excision Circles (KREC) é observada em RN com agamaglobulinemia.
71. O principal fator complicador das pesquisas de TREC e de KREC é que devem ser realizadas em sangue fresco arterial por técnica de PCR.
72. Idealmente, uma vez solicitadas as pesquisas de TREC e de KREC como triagem neonatal para imunodeficiências, a vacina BCG deve ser adiada até a verificação da normalidade dos resultados.

Um adolescente de 13 anos de idade manifesta quadros recorrentes de sibilância desde o primeiro ano de vida. Em consulta de rotina, verificou-se que apresenta tosse aos esforços (atividade física e riso intenso), mas sem relato de falta de ar. Atualmente evita atividades muito intensas; prefere jogos eletrônicos. Dorme bem no geral, mas desperta cerca de duas vezes por semana com tosse seca. Não usa medicação de resgate (broncodilatador inalado) há aproximadamente quatro meses, nem medicação de manutenção. Não possui alterações dignas de nota ao exame físico.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

73. A concomitância de sintomas nasais, como espirros, prurido nasal e de palato e congestão nasal, corrobora o diagnóstico de rinite alérgica que, uma vez descompensada, pode ser fator agravador da asma.
74. O achado típico esperado à espirometria é de distúrbio restritivo leve com redução da capacidade vital forçada.
75. O tratamento de resgate das crises deve preferencialmente ser realizado com salbutamol inalado isolado, associado à corticoterapia oral.
76. É recomendável a prevenção de infecções sinopulmonares por meio de vacinação contra influenza anualmente e vacinação contra pneumococos.
77. Nesse caso, como terapia de manutenção para controle dos sintomas e prevenção de crises, está indicado o uso de omalizumabe, preferencialmente ao corticoide inalado e tiotrópio.

#### Área livre

Um escolar de 8 anos de idade foi encaminhado pelo otorrinolaringologista para avaliação especializada. Faz seguimento em função de otites e sinusites de repetição desde os 2 anos de idade, com uso recorrente de antibioticoterapia e corticoterapia tópica nasal e oral. No último ano, apresentou cinco otites. Tem antecedente de crises de bronquite, mas, há três anos, está assintomático do ponto de vista pulmonar. Já teve quatro pneumonias tratadas em internação hospitalar, uma delas evoluiu com sepse e necessidade de drenagem torácica de empiema por pneumococo e ele foi internado em unidade de terapia intensiva (UTI) por quatro dias. Nega infecções de outros sistemas orgânicos. A última pneumonia ocorreu aos 4 anos de idade. Filho único de pais atópicos, não consanguíneos, ingressou na escola para alfabetização aos 6 anos de idade. Ao Exame físico, não há alterações dignas de nota, observando-se peso e estatura em *z-score* (-2). A tomografia de seios da face evidencia ausência de variações anatômicas, de pólipos ou de aumento de cornetos nasais. Hemograma completo não indica alterações para a idade.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

78. São sinais de alerta que direcionam para a pesquisa de imunodeficiências primárias o antecedente de infecção grave (sepse) e a ocorrência de cinco otites no último ano.
79. A ausência de citopenia no hemograma afasta imunodeficiências celulares, assim como a eletroforese de proteínas normal afasta defeitos de imunidade inata.
80. Entre os diagnósticos diferenciais, nesse caso, devem ser pesquisados fibrose cística, infecção pelo HIV, agamaglobulinemia, imunodeficiência comum variável e deficiência seletiva de IgA, entre outros.
81. Diante do achado laboratorial de hipogamaglobulinemia, da ausência de conversão vacinal para três antígenos e da quantificação periférica de linfócitos CD19 normal, conclui-se que o diagnóstico provável é hipogamaglobulinemia transitória da infância.
82. Tendo em vista o quadro clínico de infecções recorrentes do trato respiratório e o achado inicial de concentração de imunoglobulinas, subclasses de IgG e o número de células B normais, faz-se necessária a dosagem específica de anticorpo antipolissacarídeo de pneumococo pré e pós-vacinal.

#### Área livre

Em relação às indicações e às contraindicações das vacinas no âmbito da alergia e da imunologia, e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

83. Lactente de 2 meses de vida que apresentou alergia à proteína do leite de vaca IgE mediada ao receber fórmula infantil regular deve receber vacina contra rotavírus habitualmente.
84. Escolar de 8 anos de idade com deficiência de IgA pode receber vacina contra varicela e hepatite A.
85. Paciente com imunodeficiência combinada grave deve receber reforço de todas as vacinas do Programa Nacional de Imunizações antes do transplante de medula óssea.
86. Lactente de 7 meses de vida em investigação de imunodeficiência celular, por causa de abscessos abdominais, não tem cicatriz de vacina BCG e, por isso, deve receber nova dose da vacina.

Um lactente de 45 dias de vida é encaminhado ao pediatra com relato de quatro episódios, nessa semana, de rajas de sangue nas fezes. Ele nasceu de parto natural, a termo, sem intercorrências neonatais. Há seis dias, o pai ofereceu-lhe apenas uma mamadeira de fórmula regular, sem observar nenhum sintoma ao consumo ou logo após. Em aleitamento materno exclusivo, não há febre, diarreia, alteração do estado geral ou outro sintoma. Ao exame, verifica-se bom ganho ponderal, sem nenhuma alteração digna de nota. O lactente encontra-se ativo e mama avidamente, com boa pega ao seio materno.

Acerca desse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

87. Proctocolite alérgica, colite inespecífica, deglutição de sangue por fissura mamilar e gastroenterite aguda infecciosa tipo disenteria são as hipóteses diagnósticas a serem checadas com exames complementares.
88. Antecedente familiar de atopia (rinite alérgica, asma, dermatite atópica) corrobora o fator de risco para a ocorrência de alergia alimentar.
89. Deve-se orientar dieta de exclusão materna dos seis grandes alérgenos, que são leite de vaca, soja, ovo, trigo, peixes e castanhas, por oito semanas. Em seguida, procede-se à provocação oral, com retorno de um alimento por vez na dieta materna, a cada semana.
90. Nesse caso, não há recomendação de adiamento ou proscrição da vacina contra rotavírus.
91. Calprotectina fecal elevada é marcador de inflamação intestinal e serve, nesse caso, para diferenciação entre alergia alimentar e doença inflamatória intestinal de início precoce com boa acurácia.

#### Área livre

Um adolescente de 13 anos de idade é levado a consulta pela mãe, referindo que, há vários anos, tem crises recorrentes de espirros, prurido nasal e coriza hialina, principalmente pela manhã, ao acordar, associados a obstrução nasal persistente, com roncos noturnos e respiração bucal. Nos últimos meses, vem apresentando piora do desempenho escolar e sonolência diurna por sono não reparador. Nega qualquer doença prévia ou uso contínuo de medicações. Usava hidroxizina apenas nas crises, mas agora está fazendo uso diário, sem melhora espontânea. Está em tratamento ortodôntico, mas com resposta ruim. Ao exame físico, observam-se olheiras, dupla linha de Dennie-Morgan e prega nasal horizontal. O exame das cavidades nasais demonstrou mucosa nasal pálida e hipertrofia moderada de cornetos inferiores e, à oroscopia leve, aumento no tamanho das amígdalas. A ausculta cardiopulmonar encontra-se sem alterações. Quanto aos sinais vitais, verificam-se FC = 92 bpm e FR = 18 irpm, SatO<sub>2</sub> = 99%.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

92. É correto afirmar que o paciente tem diagnóstico de rinite, e o próximo passo seria classificar o endotipo dessa, sendo o mais provável, nesse caso, a rinite com resposta imune tipo 1, decorrente de resposta imunológica tipo 1 relacionada à IL-7, que leva ao influxo de neutrófilos e linfócitos T CD41 produtores de IFN- $\gamma$ .
93. O diagnóstico da rinite é basicamente clínico, mas, para se direcionar o tratamento, é importante determinar o diagnóstico etiológico, sendo essencial a realização de testes cutâneos de hipersensibilidade imediata (TCHI) com aeroalérgenos e alérgenos alimentares pela técnica de puntura, além da avaliação dos níveis de IgE sérica total.
94. Os TCHI determinam a presença de sensibilização alérgica e servem para orientar medidas de higiene do ambiente e imunoterapia específica, quando clinicamente relevantes. A positividade dos TCHI e a presença de IgE séricas específicas podem representar apenas sensibilização atópica e não devem ser valorizadas na ausência de sintomas alérgicos.
95. O tratamento com corticoides tópicos nasais está indicado para esse paciente, visto que melhora todos os sintomas da rinite alérgica, a qualidade de vida, a qualidade do sono e a concentração diurna, além de reduzir o risco de complicações. Deve ser iniciado assim que for confirmada a etiologia atópica, visto que não demonstrou benefício em outros tipos de rinite.
96. A imunoterapia alérgeno-específica (ITE), utilizada nas rinites de etiologia atópica, permanece como o único tratamento modificador da evolução natural da doença alérgica; é capaz de proporcionar benefícios duradouros após a respectiva descontinuação e previne a progressão da doença, incluindo o desenvolvimento de asma, bem como o desenvolvimento de novas sensibilizações.
97. O paciente, por ser maior de 5 anos de idade e apresentar quadro grave de rinite, inclusive já com alterações faciais, tem indicação de realizar ITE, a qual deverá ser interrompida caso os níveis de IgE específica contra o(s) alérgeno(s) utilizado(s) no tratamento elevem-se na fase de indução.

Uma paciente de 33 anos de idade, previamente hígida, refere que, há cerca de dois meses, vem apresentando placas avermelhadas elevadas muito pruriginosas disseminadas pelo corpo, que duram cerca de 12 horas a 14 horas e somem espontaneamente, sem deixar lesões residuais. Nas crises mais intensas, a paciente percebe os lábios e as pálpebras edemaciados, sendo que esse edema dura até 48 horas. Nega uso contínuo de medicações e nega doenças semelhantes nos familiares. Ao exame, apresenta leve edema em lábio inferior, além de placas polimórficas eritemato-elevadas difusas em tronco e membros, de bordos bem definidos, sem alteração na textura da pele. Constatam-se ausculta cardiopulmonar normal, FC = 98 bpm, FR = 20 irpm, PA = 120 mmHg x 80 mmHg e SatO<sub>2</sub> = 98%.

Com relação a esse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

98. Uma gama de diagnósticos diferenciais deve ser levada em conta em virtude da descrição de lesões urticariformes nessa paciente, sendo que, embora a urticária crônica seja o diagnóstico mais comum para casos como esse, outros diagnósticos diferenciais devem ser considerados, tais como: distúrbios mastocitários, síndrome hipereosinofílica, vasculite cutânea, eritema multiforme, lúpus eritematoso e doenças autoinflamatórias.
99. Na história clínica de pacientes com urticária crônica, ou seja, nos casos em que a urticária se manifesta diariamente ou quase diariamente por mais de quatro semanas, é essencial que se determine se ela é induzida por estímulos específicos ou é espontânea, sendo que, nessa última, recomenda-se investigação apenas com exames básicos, hemograma e VHS ou PCR.
100. Deve-se considerar a possibilidade de urticária vasculite quando as lesões persistirem por mais de 24 horas no mesmo local, com sensação de ardor e evolução com máculas hipercrômicas residuais. Os casos suspeitos devem ser confirmados por biópsia cutânea.
101. Os principais mecanismos associados à urticária crônica espontânea são de natureza autoimune, e a confirmação de tal diagnóstico depende de positividade no teste de ativação de basófilos, no teste do soro autólogo e na detecção de anticorpos IgG anti-IgE ou anti-FcεRI, que pode auxiliar na escolha do tratamento para cada paciente.
102. Os anti-histamínicos de segunda geração devem ser a primeira linha de tratamento dos pacientes com urticária crônica, pois, além da eficácia, apresentam um excelente perfil de segurança, de forma que, na ausência de resposta a determinado anti-histamínico, deve-se trocar para outra molécula em busca de um melhor resultado clínico.
103. Sugere-se aumentar a dose do anti-histamínico de segunda geração para até quatro vezes nos pacientes com urticária crônica que não respondem à dose padrão descrita em bula; doses acima de quatro vezes a dose padrão não demonstraram maior eficácia clínica, mas podem aumentar a frequência dos efeitos adversos.
104. O omalizumabe é indicado como terceira linha de tratamento para os pacientes com urticária refratária aos anti-histamínicos de segunda geração, sendo que a ausência de resposta ao tratamento com omalizumabe não deve ser considerada antes de, no mínimo, seis meses de tratamento.

Um paciente de 18 anos de idade refere crises de angioedema recorrente, principalmente em face e nas extremidades, sem urticária associada e com ocorrência há vários anos, principalmente em locais de trauma. Relata várias idas ao pronto-socorro (PS) e tratamentos com anti-histamínicos e corticoides tanto por via oral quanto parenteral, mas sem melhora nenhuma; o edema melhora espontaneamente em cerca de 48 horas. Nega doenças prévias ou uso contínuo de medicações. Tem antecedente de laparotomia branca por quadro suspeito de apendicite. Informa que o irmão e duas tias têm o mesmo problema. Chega para avaliação por alergista com edema moderado em lábios após consulta de rotina com dentista, sem outras lesões de pele. O exame físico mostra-se sem outras alterações e, quanto aos sinais vitais, o paciente está afebril, com FC = 92 bpm, PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FR = 16 irpm e SatO<sub>2</sub> = 99%. A hipótese diagnóstica aventada pelo médico foi de angioedema hereditário (AEH).

Acerca desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

105. O termo AEH é aplicado para o angioedema recorrente causado por excesso de bradicinina, cuja forma de herança é autossômica dominante.
106. Os níveis séricos de C4 apenas podem ser utilizados como teste de triagem durante as crises de angioedema, tendo em vista que a deficiência quantitativa e (ou) qualitativa do inibidor de C1 (C1-INH) conduz à ativação do sistema de complemento, resultando no consumo de C4.
107. Os níveis séricos de C3 auxiliam no rastreamento da doença, demonstrando-se reduzidos mesmo quando os pacientes estão fora do período de crise de angioedema.
108. Deve-se considerar, entre os diagnósticos diferenciais para esse paciente, o angioedema histaminérgico crônico, o angioedema não histaminérgico idiopático e o angioedema adquirido. Nesse último, a detecção de C1q reduzido é característica particular que pode auxiliar na diferenciação do AEH.
109. A farmacoterapia do AEH é dividida em três modalidades: profilaxia em longo prazo, profilaxia em curto prazo e tratamento das crises. Em todas elas, a primeira escolha é pela utilização do icatibanto, antagonista competitivo e seletivo do receptor B2 da bradicinina.

**Área livre**

Uma criança de 8 anos de idade é levada pela mãe ao consultório do alergista para avaliar antecedente de reação alérgica a betalactâmico. A mãe refere que, há cerca de dois meses, a criança teve quadro de febre, prostração, odinofagia e otalgia. À época, um médico da emergência havia examinado a criança e prescrito amoxicilina em suspensão oral. Na terceira dose da medicação, cerca de 30 minutos após a administração, a criança havia evoluído com placas urticadas difusas no corpo e angiodema em pálpebras, sem manifestações sistêmicas. O uso da medicação foi interrompido e realizado tratamento com corticoide e anti-histamínico, com melhora rápida e completa dos sintomas. A mãe deseja investigar o quadro, pois agora está com medo de dar qualquer medicação para a criança pela possibilidade da reação; deseja saber que outro antibiótico poderia usar como opção. No momento da avaliação, a criança está assintomática e com exame físico sem nenhuma alteração. Acerca dos sinais vitais, ela encontra-se afebril, com FC = 92 bpm, PA = 100 mmHg x 60 mmHg, FR = 18 irpm e SatO<sub>2</sub> = 100%.

Quanto a esse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

110. As reações de hipersensibilidade imediata aos betalactâmicos são as que ocorrem mais frequentemente até uma hora após a última exposição ao fármaco e, na maioria dos casos, são mediadas por anticorpos da classe IgE.
111. Para avaliação inicial dessa criança com suspeita de uma reação tipo imediata a um betalactâmico, deve-se combinar a dosagem de IgE específica por ImmunoCAP® aos testes cutâneos de punção e intradérmico. Em caso de resultados negativos, o teste de provocação é o padrão-ouro para se estabelecer o diagnóstico definitivo.
112. Os testes de provocação com fármacos são considerados padrão-ouro para confirmar ou excluir o diagnóstico do agente implicado na reação ou para escolha de um fármaco alternativo seguro, além de permitirem a diferenciação entre reações alérgicas e não alérgicas.
113. Com relação a opções de antibióticos para uso por essa criança, caso haja indicação de se utilizar cefalosporina, deve-se realizar teste cutâneo com a penicilina. Caso o resultado seja negativo, a cefalosporina pode ser administrada de forma segura.
114. Caso se confirme alergia a amoxicilina nos testes de investigação, deve-se evitar, para essa criança, cefalosporinas com cadeias laterais semelhantes, como a cefadroxila.

#### Área livre

Um lactente de 10 meses de vida é levado pela mãe a consulta com alergista pediátrico, com quadro de dermatite atópica (DA) com início das lesões aos 4 meses de vida, quando começou a fazer natação para bebês, e com melhora importante com tratamento tópico prescrito por dermatologista. O desenvolvimento neuropsicomotor da criança é normal, as respectivas curvas de crescimento estão dentro da normalidade, e a criança não apresenta outras doenças. O lactente permaneceu em aleitamento materno exclusivo por dois meses, quando a mãe precisou retornar ao trabalho; ela, então, iniciou fórmula infantil adequada para a idade e suspendeu o aleitamento. Introduziu dieta suplementar aos 4 meses de vida, sem intercorrências, com alimentação variada, incluindo ovo, trigo, soja, milho e peixe. A mãe decidiu, por conta própria, realizar “exames de alergia” na criança e levou à consulta IgE total levemente elevada e IgEs específicas positivas em títulos baixos para ovo, leite de vaca, trigo e milho. Deseja saber se deve retirar tais alimentos da dieta da criança. Ao exame físico do lactente, nota-se a presença de dupla prega de Dennie-Morgan, com áreas de xerose em região malar, fronte e superfícies extensoras de membros, sem lesões eczematizadas. Quanto aos sinais vitais, verificam-se FC = 100 bpm, FR = 34 irpm, PA = 90 mmHg x 50 mmHg e SatO<sub>2</sub> = 99%.

Em relação a esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

115. A disfunção da barreira cutânea na DA pode ser adquirida após a exposição a irritantes e perturbações mecânicas, como ocorre após a exposição a substâncias alcalinas, cloro das piscinas, banho com água aquecida e fricção exagerada, fatores que podem desencadear a inflamação pela liberação de citocinas por meio dos queratinócitos danificados.
116. O diagnóstico de DA é clínico e fundamenta-se na história completa e detalhada e nos sinais observados no exame físico. Exames complementares como dosagem de IgE sérica específica para alérgenos e alimentos e testes cutâneos devem ser desencorajados, pois não têm valor no diagnóstico, no tratamento ou no prognóstico do paciente.
117. Nesse caso, deve ser indicada a realização de teste cutâneo de leitura imediata pela técnica de punção (*prick test*) com os alimentos para os quais as IgEs séricas foram positivas, para confirmação da sensibilização alérgica e, em caso positivo, retirada de tais alimentos da dieta da criança.
118. Nesse caso, deve-se indicar imediatamente a provocação alimentar, com dieta com exclusão de todos os alimentos para os quais as IgEs séricas foram positivas, com reintrodução gradual em doses crescentes.



**119.** Na DA associada a níveis elevados de IgE, existe correlação entre os níveis de IgE total e a gravidade, e a dosagem de IgE sérica de forma seriada é útil como biomarcador para a avaliação de exacerbações do eczema.

**120.** O tratamento da DA envolve três aspectos: hidratar a pele, evitar os desencadeantes alergênicos e usar corretamente medicações anti-inflamatórias. Nos pacientes com infecções de repetição, recomenda-se descolonização do *Staphylococcus aureus* com agentes tópicos; o uso profilático ou durante longos períodos de antibióticos orais não é recomendado.

Área livre

Área livre