FUNCAMP
Fundação de Desenvolvimento da Unicamp

UNICAMP

CONCURSO PÚBLICO Nº 065/2026
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP

MÉDICO – PERFIL MÉDICO IMUNOLOGISTA

RESPOSTAS ESPERADAS

PROVA DISSERTATIVA

Gestão de Concursos FUNCAMP

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 1

Paciente de 44 anos de idade, sem história prévia de alergia medicamentosa conhecida, apresenta durante indução anestésica para colecistectomia eletiva quadro súbito de hipotensão grave, broncoespasmo, dessaturação e eritema difuso. Havia recebido, minutos antes, cefazolina, propofol, fentanil, rocurônio e clorexidina tópica. A cirurgia é suspensa. Descreva a conduta imediata no intraoperatório e a investigação alergológica posterior, incluindo o papel da triptase, os principais agentes a serem investigados e as orientações ao paciente até a conclusão diagnóstica.

RESPOSTA ESPERADA

O candidato deve reconhecer anafilaxia perioperatória provável, pois a combinação de hipotensão grave, broncoespasmo, dessaturação e eritema difuso durante indução anestésica é compatível com reação perioperatória sistêmica grave. A literatura recomenda reconhecimento imediato, remoção de fatores desencadeantes quando possível e tratamento sem atraso, porque a anafilaxia perioperatória pode evoluir rapidamente para colapso cardiovascular. [Mota et al., 2020; Golden et al., 2024; Dodd et al., 2024]

A conduta inicial deve incluir acionamento de ajuda, interrupção de agentes suspeitos quando possível, manutenção da via aérea, oxigênio a 100%, ventilação adequada, monitorização contínua, adrenalina como tratamento central e expansão volêmica vigorosa com cristaloide. Broncodilatador, anti-H1 e corticoide podem ser usados como adjuvantes, mas não substituem adrenalina nem reposição volêmica em anafilaxia grave. [Mota et al., 2020; Golden et al., 2024; Dodd et al., 2024]

A triptase sérica deve ser coletada na fase aguda sem atrasar o tratamento, preferencialmente com amostra nas primeiras horas da reação, e comparada com triptase basal obtida posteriormente, após resolução completa. A elevação aguda em relação à basal apoia ativação mastocitária sistêmica; entretanto, triptase normal não exclui anafilaxia, e a investigação deve prosseguir quando a história clínica for consistente. [Mota et al., 2020; Golden et al., 2024; Dodd et al., 2024]

Na investigação posterior, o candidato deve revisar detalhadamente a ficha anestésica, incluindo horário de administração e sequência de exposição. Devem ser investigados os agentes efetivamente usados no ato anestésico-cirúrgico, especialmente cefazolina, bloqueador neuromuscular, látex, clorexidina, hipnóticos, opioides, anti-inflamatórios, coloides, hemoderivados e outros produtos documentados na ficha. Não é necessário incluir corantes neste caso, pois eles não foram descritos como exposição. [Mota et al., 2020; Ensina et al., 2020; Golden et al., 2024]

A avaliação especializada deve incluir testes cutâneos e/ou IgE específica quando disponíveis e indicados, em intervalo apropriado após a reação, além de teste de provocação controlado para alternativas seguras quando necessário. O objetivo é identificar o agente causal, mapear reatividade cruzada relevante e construir plano anestésico futuro seguro em conjunto com anestesiologia. [Ensina et al., 2020; Golden et al., 2024]

Até a conclusão diagnóstica, o paciente deve receber relatório escrito com descrição do evento, lista provisória de substâncias suspeitas a evitar, orientação para portar alerta médico e recomendação de avaliação alergológica antes de nova anestesia. [Ensina et al., 2020; Golden et al., 2024; Dodd et al., 2024]

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 2

Mulher de 58 anos de idade, tratada com rituximabe por doença autoimune sistêmica, evolui nos últimos 18 meses com três pneumonias bacterianas, uma internação por infecção respiratória e bronquiectasias em tomografia de tórax. Antes do rituximabe, IgG era 980 mg/dL. Atualmente apresenta IgG 360 mg/dL, IgA baixa, IgM baixa, linfócitos B CD19 indetectáveis e resposta inadequada a vacina pneumocócica. Nega infecções graves na infância. Discuta o diagnóstico provável, a investigação complementar necessária e a proposta de tratamento, incluindo quando considerar reposição de imunoglobulina.

RESPOSTA ESPERADA

O candidato deve identificar hipogamaglobulinemia secundária clinicamente relevante, provavelmente associada ao rituximabe/anti-CD20, e não apenas uma redução laboratorial isolada de imunoglobulinas. A definição prática de hipogamaglobulinemia secundária envolve redução de imunoglobulinas por medicamento ou doença de base, com impacto variável na produção de anticorpos, risco infeccioso e resposta vacinal. [Otani et al., 2022]

Os elementos que tornam o caso clinicamente relevante são infecções bacterianas recorrentes, internação, bronquiectasias, IgG de 360 mg/dL com queda importante em relação ao basal, redução de IgA e IgM, depleção de linfócitos B CD19 e resposta pneumocócica inadequada. Diretrizes e consensos valorizam a combinação de hipogamaglobulinemia, infecções recorrentes ou graves, falha de resposta vacinal e dano pulmonar para tomada de decisão terapêutica. [Otani et al., 2022; Grigoriadou et al., 2022]

A investigação complementar deve confirmar IgG, IgA e IgM em mais de uma dosagem, avaliar linfócitos B e subpopulações quando disponível, documentar resposta a antígenos proteicos e polissacarídicos, revisar imunossupressores concomitantes, pesquisar perda proteica renal ou gastrointestinal, avaliar doença hematológica e caracterizar bronquiectasias e microbiologia das infecções. A literatura recomenda investigar etiologias secundárias removíveis ou reversíveis antes de definir plano terapêutico definitivo. [Otani et al., 2022]

Também deve ser discutida a possibilidade de imunodeficiência primária previamente não reconhecida, como imunodeficiência comum variável, mas a história de IgG normal antes do rituximabe, ausência de infecções graves na infância e temporalidade após anti-CD20 favorecem imunodeficiência secundária. [Otani et al., 2022]

O tratamento deve incluir prevenção de infecções, atualização de vacinas inativadas quando apropriado, tratamento precoce e dirigido das infecções, reavaliação da necessidade de rituximabe ou outros imunossupressores, fisioterapia respiratória e manejo das bronquiectasias. Antibiótico profilático pode ser considerado em casos selecionados, mas deve ser individualizado. [Otani et al., 2022; Grigoriadou et al., 2022]

A reposição de imunoglobulina deve ser considerada porque há hipogamaglobulinemia importante, infecções recorrentes e graves, resposta vacinal inadequada e bronquiectasias. A indicação não deve se basear apenas no número da IgG, mas no conjunto de IgG baixa, falha funcional de anticorpos, carga infecciosa e dano estrutural pulmonar. [Otani et al., 2022; Grigoriadou et al., 2022]

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 3

Mulher de 41 anos apresenta urticária crônica espontânea há 14 meses, com UAS7 = 36, UCT = 4 e angioedema recorrente de lábios e pálpebras. As lesões são pruriginosas, migratórias e duram menos de 24 horas, sem púrpura, dor residual ou hiperpigmentação. Já utilizou anti-H1 de segunda geração em dose quadruplicada por 6 semanas, com controle insuficiente. Exames: IgE total 7 UI/mL, eosinófilos 20/μL, basófilos 0/μL, PCR elevada, FAN 1:320 e anti-TPO positivo em alto título. C4 normal. Não usa IECA. Não há anafilaxia, síncope, hipotensão, flushing sistêmico recorrente ou sintomas sistêmicos sugestivos de mastocitose. Discuta a interpretação diagnóstica, os principais diagnósticos diferenciais pertinentes e o plano terapêutico escalonado, incluindo o papel potencial do dupilumabe nesse perfil.

RESPOSTA ESPERADA

O candidato deve reconhecer urticária crônica espontânea grave com angioedema associado e provável perfil autoimune tipo IIb. O conjunto IgE total muito baixa, basopenia, eosinopenia, PCR elevada, FAN positivo, anti-TPO positivo e alta atividade de doença é compatível com biomarcadores de UCE autoimune tipo IIb provável, perfil descrito como mais grave e associado a pior resposta a anti-H1 e resposta mais lenta ou incompleta ao omalizumabe. [Kolkhir et al., 2022; Zuberbier et al., 2026]

A resposta deve diferenciar suspeita fenotípica de confirmação diagnóstica. A confirmação formal de UCE autoimune tipo IIb exige, quando disponível, testes como ASST, BAT/BHRA e demonstração de autoanticorpos funcionais contra IgE ou FcεRI. A revisão de Kolkhir et al. descreve critérios estritos de tripla positividade para definir esse endótipo. [Kolkhir et al., 2022]

Os diferenciais pertinentes são vasculite urticariforme, urticárias crônicas induzíveis concomitantes e, se houvesse sintomas sistêmicos, doenças autoinflamatórias, síndrome de Schnitzler ou CAPS. Vasculite urticariforme fica menos provável porque as lesões duram menos de 24 horas, são migratórias e pruriginosas, sem púrpura, dor residual ou hiperpigmentação. [Zuberbier et al., 2026]

Não se deve priorizar angioedema bradicininérgico nesta questão, porque a paciente apresenta urticas claras associadas ao angioedema. O algoritmo internacional direciona a investigação de angioedema mediado por bradicinina, por IECA/gliptinas ou por deficiência de C1-INH principalmente para o fenótipo de angioedema recorrente sem urticas. [Zuberbier et al., 2026]

Também não há indicação de dosar triptase de rotina neste caso, porque o enunciado não descreve anafilaxia, síncope, hipotensão, flushing sistêmico recorrente ou suspeita clínica de mastocitose/doença mastocitária sistêmica. O guideline internacional reserva investigação adicional, incluindo marcadores de doença sistêmica, para pacientes com sinais clínicos ou laboratoriais que apontem para diagnósticos alternativos. [Zuberbier et al., 2026]

O tratamento deve seguir algoritmo escalonado: anti-H1 de segunda geração diário, aumento até quatro vezes a dose quando necessário, adição de omalizumabe 300 mg a cada 4 semanas se persistir atividade e, em resposta insuficiente, possibilidade de otimização do omalizumabe com aumento de dose, redução de intervalo ou ambos, reconhecendo uso off-label conforme contexto regulatório. [Zuberbier et al., 2026]

Em falha persistente, ciclosporina pode ser considerada em doença grave refratária, com monitorização e avaliação de risco-benefício. Esse ponto é particularmente relevante no perfil tipo IIb provável, porque esse endótipo é descrito como associado a boa resposta à ciclosporina e menor probabilidade de resposta rápida ao omalizumabe. [Kolkhir et al., 2022; Zuberbier et al., 2026]

Dupilumabe deve ser citado como possibilidade terapêutica atual para UCE sintomática apesar de anti-H1, especialmente em cenários de IgE basal muito baixa, resposta insuficiente ao eixo anti-IgE ou presença de comorbidades T2. Ensaios de fase 3 do programa LIBERTY-CSU CUPID demonstraram redução de prurido, habões e atividade da UCE com dupilumabe em pacientes sintomáticos apesar de anti-H1; o guideline internacional de 2026 já discute dupilumabe entre opções emergentes/atuais para UCE. [Casale et al., 2026; Zuberbier et al., 2026]

Corticoide sistêmico não deve ser tratamento crônico da UCE. Pode ser usado apenas como curso curto de resgate em exacerbação selecionada, evitando uso prolongado por toxicidade e ausência de estratégia modificadora sustentada. [Zuberbier et al., 2026]

Segundo a Lei nº 9.610/1998, reproduções de natureza não pedagógicas das questões desta prova estão proibidas.