FUNCAMP
Fundação de Desenvolvimento da Unicamp

UNICAMP

CONCURSO PÚBLICO Nº 066/2026
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP

MÉDICO – PERFIL MÉDICO GATROENTEROLOGISTA

RESPOSTAS ESPERADAS

PROVA DISSERTATIVA

Gestão de Concursos FUNCAMP

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 1

Mulher de 29 anos de idade, previamente diagnosticada com doença celíaca há 3 anos (biópsia duodenal com Marsh IIIb; anti-transglutaminase [tTG-IgA] fortemente positivo à época), retorna à consulta relatando diarreia crônica, perda ponderal de 6 kg em 4 meses, distensão abdominal e fadiga importante. Refere aderência rigorosa à dieta isenta de glúten, confirmada por acompanhamento com nutricionista especializada há 18 meses. Nega uso de AINEs, IBP ou outros fármacos novos. Ao exame físico: emagrecida (IMC 18,2 kg/m²), abdome discretamente distendido, sem massas palpáveis, sem linfonodomegalias. Exames laboratoriais: Hemoglobina 9,8 g/dL (microcítica), Albumina 2,9 g/dL, tTG-IgA normal, IgA total normal. Nova endoscopia digestiva alta com biópsias duodenais seriadas evidencia atrofia vilositária persistente (Marsh IIIc). A dosagem de peptídeos imunogênicos de glúten (GIP) na urina foi negativa em duas amostras. Tomografia de abdome com contraste não evidenciou linfonodomegalias mesentéricas nem espessamento parietal focal.

A) Com base nos dados apresentados, sintetize o raciocínio diagnóstico que diferencia doença celíaca não responsiva de doença celíaca refratária, justificando qual hipótese é mais provável nessa paciente e quais exames complementares são necessários para subclassificá-la definitivamente.

B) Avalie as opções terapêuticas disponíveis, discutindo o prognóstico e o risco de complicação neoplásica associada.

RESPOSTA ESPERADA

A) DCNR = persistência de sintomas/lesão apesar de DIG "referida", geralmente por transgressão alimentar inadvertida. DCR = sintomas e atrofia vilositária persistentes após ≥12 meses de DIG estrita e comprovada, excluídas outras causas de atrofia vilositária e exposição contínua ao glúten.

No caso: aderência documentada, tTG-IgA negativo e GIP urinário negativo (2 amostras) afastam exposição ativa ao glúten; piora histológica (Marsh IIIb→IIIc) apesar disso aponta para DCR, não DCNR.

Exames para subclassificar: imunofenotipagem dos linfócitos intraepiteliais (citometria de fluxo/imuno-histoquímica) e PCR para rearranjo clonal do receptor de células T (TCR), complementados por enterografia/enteroscopia ou PET-CT para excluir linfoma oculto (EATL).

B)

RCD1 (IELs normais): DIG + corticosteroide (budesonida oral); prognóstico favorável, baixo risco de EATL.

RCD2 (clone aberrante de IELs): budesonida como primeira linha; refratária, considerar cladribina ou transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas; prognóstico reservado, risco de EATL elevado (até 30-50% em 5 anos), com alta mortalidade.

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 2

Paciente do sexo masculino, 46 anos de idade, etilista de longa data (consumo médio de 100 g de etanol/dia por 20 anos, mantendo uso atual) e tabagista (25 anos-maço, ativo), com história de 4 episódios de pancreatite aguda nos últimos 6 anos, sendo o último há aproximadamente três meses. Procura atendimento por dor abdominal em epigástrio, de piora progressiva há 6 semanas, associada a saciedade precoce, plenitude pós-prandial e vômitos após as refeições. Refere perda ponderal de 8 kg no período e evacuações volumosas, gordurosas e fétidas. Nega icterícia, colúria, acolia fecal, hematêmese ou melena. Exame físico: emagrecido, anictérico, com abdome globoso com massa palpável e dolorosa em epigástrio, sem sinais de irritação peritoneal e baço palpável a 2 cm do rebordo costal esquerdo. Exames laboratoriais: • Amilase 150 U/L (VR até 100 U/L); lipase 170 U/L (VR até 60 U/L) • Bilirrubina total 0,8 mg/dL; fosfatase alcalina e GGT normais • Hemoglobina 10,4 g/dL; plaquetas 128.000/mm³; leucócitos normais • Glicemia de jejum 192 mg/dL; HbA1c 8,3% • Elastase fecal-1: 58 mcg/g (VR > 200 mcg/g) • Albumina 3,1 g/dL (VR 3,5-5 g/dL) TC de abdome com contraste: pâncreas com atrofia de corpo e cauda, calcificações parenquimatosas difusas, ducto pancreático principal dilatado e de contorno irregular medindo até 8 mm, além de múltiplos cálculos intraductais radiopacos, medindo entre 6 e 9 mm, localizados no corpo pancreático. Coleção líquida na retrocavidade dos epíplons, bem delimitada, encapsulada, de conteúdo homogêneo e sem componentes sólidos ou detritos necróticos, parede fina, medindo 11 cm, determinando efeito compressivo sobre a parede posterior do estômago. Trajeto da veia esplênica não opacificado em sua porção adjacente à cauda pancreática, com proeminente rede de vasos colaterais perigástricos e no fundo gástrico. Baço aumentado (13,5 cm). Fígado de contornos regulares, sem sinais de hepatopatia crônica. Endoscopia digestiva alta: varizes gástricas isoladas no fundo, sem varizes esofágicas associadas; sem sinais de sangramento ativo no momento do exame.

A) Caracterize e classifique a coleção pancreática segundo a Classificação Revisada de Atlanta. Diferencie-a das demais coleções pancreáticas e interprete a alteração vascular associada, estabelecendo a relação entre os achados tomográficos e as varizes gástricas.

B) Proponha uma estratégia terapêutica inicial e hierarquizada para este paciente, abordando a dor, a coleção pancreática, e a obstrução ductal.

RESPOSTA ESPERADA

A) Trata-se de pseudocisto pancreático, caracterizado por coleção encapsulada, homogênea, exclusivamente líquida e sem componente necrótico, geralmente presente após mais de 4 semanas. Diferencia-se da coleção líquida peripancreática aguda, que ocorre precocemente e não apresenta parede definida, e das coleções associadas à pancreatite necrosante — coleção necrótica aguda e necrose pancreática delimitada (WON) —, que contêm material necrótico. A ausência de opacificação da veia esplênica, associada a colaterais perigástricas, esplenomegalia e varizes gástricas isoladas, caracteriza hipertensão portal esquerda ou segmentar, secundária à obstrução/trombose da veia esplênica relacionada à doença pancreática.

B) O pseudocisto é sintomático, com compressão gástrica, vômitos e perda ponderal, havendo indicação de drenagem. Devem ser instituídas abstinência alcoólica, cessação do tabagismo, suporte nutricional e analgesia multimodal, evitando escalonamento indiscriminado de opioides. A dilatação ductal associada a cálculos caracteriza pancreatite crônica obstrutiva, devendo-se considerar tratamento descompressivo endoscópico, com remoção dos cálculos e litotripsia quando indicada. A cirurgia deve ser considerada precocemente, sobretudo diante de doença avançada, ducto dilatado e dor persistente.

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 3

Homem, 27 anos de idade, procura o ambulatório de gastroenterologia por dispepsia há 2 anos, com piora progressiva. Relata sensação de “comida entalada” no terço médio do tórax pelo menos 1x/mês, necessitando ingerir líquidos para completar a deglutição, além de episódio único de impactação alimentar há 6 meses que exigiu remoção endoscópica de bolo de carne no pronto-socorro. Refere pirose ocasional, mas nega perda ponderal significativa. Antecedentes: rinite alérgica e asma leve desde a infância; pai com “problema para engolir”. Fez uso empírico de omeprazol 20 mg/dia por 8 semanas prescrito pelo clínico geral, sem melhora dos sintomas de disfagia, embora a pirose tenha atenuado. Exame físico sem alterações relevantes. Exames laboratoriais: hemograma com eosinofilia leve (600/mm³), demais exames (função renal, hepática, TSH) normais. Endoscopia digestiva alta evidencia esôfago com anéis concêntricos (“traquealização”), sulcos longitudinais e exsudatos brancacentos puntiformes em terço médio e distal; sem estenose fixa à passagem do aparelho. Biópsias seriadas de esôfago proximal e distal (4 fragmentos cada) revelam infiltrado eosinofílico de até 32 eos/campo de grande aumento (CGA) em esôfago distal e 28 eos/CGA em esôfago proximal, com microabscessos eosinofílicos e hiperplasia de zona basal. Biópsias gástricas e duodenais são normais.

A) Com base no quadro clínico, endoscópico e histopatológico, sintetize os diagnósticos diferenciais e justifique o diagnóstico mais provável, discutindo porque a resposta parcial ao IBP não o exclui.

B) Avalie as opções terapêuticas de primeira linha disponíveis (farmacológicas e dietéticas) para o diagnóstico mais provável, discutindo vantagens e limitações.

RESPOSTA ESPERADA

A) O quadro é compatível com esofagite eosinofílica (EoE): homem jovem atópico, disfagia progressiva para sólidos, ipactação alimentar prévia, eosinofilia periférica leve, endoscopia com traquealização, sulcos longitudinais e exsudatos brancacentos, e biópsias proximais e distais com ≥15 eos/CGA, microabscessos eosinofílicos e hiperplasia basal. Diferenciais menos prováveis: DRGE erosiva, acalasia/distúrbio motor, doença de Crohn esofágica e síndrome hipereosinofílica. Desde o consenso de 2018, a "PPI-responsive esophageal eosinophilia" deixou de ser entidade à parte, sendo indistinguível clínica, endoscópica e histologicamente da EoE, pois o IBP tem efeito anti-inflamatório independente da supressão ácida; a remissão histológica ocorre em apenas 30-50% dos casos, e resposta se define por biópsia, não apenas por sintomas — a persistência de disfagia/impactação após 8 semanas indica falha terapêutica, não exclusão diagnóstica.

B) As três opções de primeira linha têm eficácia histológica semelhante (30-60%), sem superioridade comprovada entre si em ensaios diretos: IBP em dose dobrada (barato, seguro, mas menor eficácia no fenótipo estenosante); corticosteroide tópico deglutido (budesonida ou fluticasona, formulações viscosas mais eficazes que inaladores adaptados; risco de candidíase esofágica, requer técnica adequada de administração); e dieta de eliminação empírica (2 ou 4 alimentos: leite, trigo, ± ovo, soja), que trata o gatilho alérgico mas exige endoscopias seriadas para reintrodução e tem baixa adesão a longo prazo. A resposta é avaliada por biópsia de controle após 8-12 semanas (<15 eos/CGA) associada à melhora sintomática. A escolha depende de preferência do paciente, fenótipo endoscópico e custo; falha às três opções indica progressão para terapia biológica (dupilumabe).

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