FUNCAMP
Fundação de Desenvolvimento da Unicamp

UNICAMP

CONCURSO PÚBLICO Nº 067/2026
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP

MÉDICO – PERFIL MÉDICO COLOPROCTOLOGISTA

RESPOSTAS ESPERADAS

PROVA DISSERTATIVA

Gestão de Concursos FUNCAMP

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 1

Homem de 58 anos de idade, previamente hígido, ECOG 0, procura atendimento por hematoquezia, tenesmo, urgência evacuatória e redução do calibre das fezes há cinco meses. Ao toque retal, identifica-se lesão endurecida, semicircunferencial, com limite inferior a aproximadamente 4 cm da borda anal, sem fixação ao complexo esfincteriano. A colonoscopia mostra tumor ulceroinfiltrativo entre 4 e 9 cm da borda anal; a biópsia revela adenocarcinoma moderadamente diferenciado. CEA: 9,6 ng/mL. Tomografias de tórax e abdome não demonstram metástases. A ressonância magnética de pelve com protocolo para reto classifica a lesão como cT3c cN2, com 8 mm de extensão extramural, invasão vascular extramural presente e distância mínima de 1 mm da fáscia mesorretal; não há invasão do esfíncter externo nem do levantador do ânus. O tumor é proficiente para proteínas de reparo do DNA (pMMR) e microssatélite estável. O paciente tem função renal, hepática e cardiopulmonar preservadas e condições de receber tratamento multimodal. O caso é discutido em reunião multidisciplinar de um centro público de alta complexidade. Indique a estratégia terapêutica oncológica inicial e a sequência preferencial de seus componentes antes da cirurgia planejada.

Registre uma única estratégia central.

RESPOSTA ESPERADA

Terapia neoadjuvante total (TNT), preferencialmente com quimiorradioterapia de curso longo seguida de quimioterapia sistêmica de consolidação, com reestadiamento ao término e excisão total do mesorreto como cirurgia planejada.

Fundamentação clínica: Trata-se de adenocarcinoma de reto baixo, pMMR/MSS, localmente avançado e com múltiplos fatores de alto risco na ressonância: cN2, extensão extramural maior que 5 mm, invasão vascular extramural e fáscia mesorretal ameaçada. Nesse perfil, a TNT deve preceder a cirurgia. A sequência com radiação antes da quimioterapia de consolidação é preferida quando se busca maior resposta tumoral e maior probabilidade de preservação de órgão; o comando, contudo, solicita a estratégia antes da cirurgia planejada.

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 2

Mulher de 36 anos de idade, com retocolite ulcerativa extensa há nove anos, em uso irregular de mesalazina e sem terapia biológica prévia, é internada com 12 a 15 evacuações sanguinolentas ao dia, dor abdominal difusa, febre de 38,4 °C e frequência cardíaca de 118 bpm. Na admissão: hemoglobina 8,8 g/dL, leucócitos 16.900/mm³, proteína C reativa 168 mg/L, albumina 2,3 g/dL, potássio 3,1 mEq/L e creatinina normal. Pesquisa de toxina/PCR para Clostridioides difficile é negativa; retossigmoidoscopia limitada mostra ulcerações profundas e sangramento espontâneo, e as biópsias são negativas para citomegalovírus. Recebe reposição volêmica e eletrolítica, profilaxia farmacológica para tromboembolismo venoso, corticosteroide intravenoso e avaliação conjunta precoce pela gastroenterologia e coloproctologia. No terceiro dia, mantém dez evacuações com sangue, taquicardia e PCR de 145 mg/L; inicia-se infliximabe como terapia de resgate. Quarenta e oito horas depois, evolui com distensão abdominal progressiva, dor contínua, febre de 39,0 °C, frequência cardíaca de 132 bpm, pressão arterial de 92/58 mmHg, leucócitos 21.400/mm³ e lactato de 3,2 mmol/L. Radiografia e tomografia demonstram dilatação do cólon transverso de 7,4 cm, perda das haustrações e edema parietal difuso, sem pneumoperitônio. Após ressuscitação inicial, antibioticoterapia de amplo espectro e demarcação do sítio do estoma, a equipe conclui haver colite fulminante com megacólon tóxico e falha do tratamento de resgate.

Qual é a operação de urgência indicada como primeiro estágio do tratamento cirúrgico? Especifique a ressecção, a derivação intestinal e o manejo do reto, em uma única proposta operatória?

RESPOSTA ESPERADA

Colectomia abdominal subtotal (ou colectomia total abdominal) com ileostomia terminal, preservando o reto como coto retal, sem proctectomia nem confecção de bolsa ileal/anastomose ileoanal no cenário agudo.

Fundamentação clínica: A paciente apresenta deterioração sistêmica, dilatação colônica maior que 6 cm e falha de corticosteroide e terapia de resgate, caracterizando indicação cirúrgica urgente. A operação em estágios reduz a agressão fisiológica e o risco séptico: remove o cólon doente, deriva o trânsito por ileostomia terminal e posterga a proctectomia e eventual reconstrução para momento de recuperação clínica e nutricional.

PROVA DISSERTATIVA – QUESTÃO 3

Homem de 34 anos de idade, sem imunossupressão conhecida, refere relação anal receptiva sem preservativo com novo parceiro há cerca de quatro semanas. Há 12 dias apresenta dor anorretal intensa, tenesmo, constipação de início recente, febre baixa e eliminação de secreção mucopurulenta com sangue. Relata pequena pápula perianal indolor que desapareceu espontaneamente e, posteriormente, aumento doloroso de linfonodo inguinal esquerdo. Ao exame, não há fissura anal, trombose hemorroidária nem vesículas; o toque retal é muito doloroso e evidencia sangue e pus. A retossigmoidoscopia mostra mucosa friável, edemaciada e ulcerada nos 15 cm distais, e a biópsia demonstra proctite crônica ativa, sem granulomas, citomegalovírus ou neoplasia. A tomografia revela espessamento circunferencial do reto e linfonodos mesorretais e inguinais aumentados, sem abscesso. O teste de amplificação de ácidos nucleicos em swab retal é positivo para Chlamydia trachomatis e negativo para Neisseria gonorrhoeae. Testes para sífilis e HIV são não reagentes, e PCR das úlceras para HSV é negativa. A genotipagem específica para os sorovares invasivos não está disponível e levaria semanas se enviada a laboratório externo. Indique o diagnóstico etiológico mais provável e o esquema antimicrobiano específico que deve ser iniciado agora, incluindo fármaco, dose, via, frequência e duração.

Apresente uma única resposta.

RESPOSTA ESPERADA

Linfogranuloma venéreo (LGV) com proctocolite, causada por Chlamydia trachomatis dos sorovares L1-L3; iniciar doxiciclina 100 mg por via oral a cada 12 horas durante 21 dias, sem aguardar a genotipagem.

Fundamentação clínica: A combinação de exposição retal, proctocolite ulcerada com sangue e tenesmo, lesão inicial autolimitada, linfadenopatia inguinal e NAAT retal positivo para C. trachomatis é típica de LGV. A genotipagem confirma o sorovar, mas sua indisponibilidade não deve retardar o tratamento presuntivo nos quadros clínicos invasivos. O esquema curto usado para clamídia não invasiva é inadequado para esta apresentação.

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