



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

UNESP - 2026

UNESP - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNESP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 21

Homem de 25 anos realiza uma TC de abdome para investigação de nefrolitíase e é evidenciada uma lesão de 3 cm em supra renal esquerda com 4 HU e Washout absoluto do contraste em 15 minutos de 77%. Exame físico: PA: 118/65 mmHg. Exames laboratoriais: glicemia de jejum: 88 mg/dL; K: 4,5 mEq/L; Na: 140 mEq/L. A conduta é

- A. rastreio apenas para síndrome de Cushing e feocromocitoma.
- B. rastreio para síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo e feocromocitoma.
- C. adrenalectomia esquerda.
- D. apenas controle tomográfico em 1 ano.

Recurso:

MODELO DE RECURSO — QUESTÃO 21 (UNESP – R+CM)

Solicitação: Anulação da questão

Prezados membros da Banca Examinadora,

Venho, respeitosamente, solicitar a **anulação da questão 21** da prova de residência médica (UNESP – Clínica Médica), por apresentar **descompasso com as diretrizes atuais de manejo de incidentaloma adrenal**, tornando **nenhuma das alternativas plenamente correta**.

1. Fundamentação técnica

O caso descreve um incidentaloma adrenal com as seguintes características:

- 3 cm
- **4 UH (≤ 10 UH)** na TC sem contraste
- Washout absoluto de 77%



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNESP - 2026

- Paciente jovem, **normotenso**, sem hipocalemia e sem suspeita clínica de feocromocitoma
- Exames laboratoriais normais

Esses achados são clássicos de **adenoma adrenal benigno e não funcional**, conforme critérios amplamente reconhecidos.

2. Diretrizes atuais — por que NÃO se deve rastrear feocromocitoma em massas ≤ 10 UH

Tanto o **UpToDate** quanto as diretrizes endócrinas modernas (ESE/ENSAT 2023; AAES 2022) são categóricos:

Lesões adrenais homogêneas com ≤ 10 UH dispensam rastreamento para feocromocitoma.

Justificativa:

- Massas adrenais com densidade ≤ 10 UH são altamente lipídicas, típicas de adenomas benignos.
- O feocromocitoma **raramente** apresenta densidade baixa; normalmente exibe UH > 10 .
- Portanto, em nódulos ≤ 10 UH, **não é necessário dosar metanefrinas plasmáticas ou urinárias.**
- O rastreio de feocromocitoma só é recomendado quando a massa tem:
 - UH > 10
 - Imagem atípica
 - Sintomas sugestivos (crises adrenérgicas, hipertensão, palidez, sudorese, cefaleia)





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNESP - 2026

O paciente do enunciado não preenche nenhum desses critérios.

3. Demais exames hormonais

Segundo UpToDate e ESE 2023:

- Todo incidentaloma deve ser avaliado **ao menos para secreção autônoma de cortisol**, mesmo sem sintomas.
- **MAS** o rastreio de *hiperaldosteronismo* só é indicado quando há hipertensão ou hipocalemia — o que **não ocorre** no caso.

Portanto, a conduta correta seria:

- **Rastrear apenas secreção autônoma de cortisol (teste de dexametasona).**
- Sem necessidade de rastrear feocromocitoma.
- Sem necessidade de rastrear hiperaldosteronismo.
- Não há indicação obrigatória de controle tomográfico.

4. Problema central da questão

Nenhuma alternativa apresentada corresponde à conduta recomendada pelas diretrizes atuais:

- **A)** Indica rastreio para feocromocitoma — **INCORRETO**
- **B)** Inclui feocromocitoma e hiperaldosteronismo — **INCORRETO**
- **C)** Indica adrenalectomia — **incorreto em massa lipídica ≤ 10 HU**



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNESP - 2026

- **D)** Indica apenas controle radiológico — **não obrigatório para HU ≤ 10**

Assim, **não há alternativa correta**, configurando violação do princípio de unicidade da resposta.

5. Referências (UpToDate e diretrizes)

- **UpToDate – “Evaluation and management of the adrenal incidentaloma”**
 - Recomenda **não realizar rastreio para feocromocitoma** quando a lesão tiver HU ≤ 10.
- **European Society of Endocrinology (ESE) Guideline 2023 – Adrenal Incidentaloma**
 - Massas homogêneas ≤10 HU **não exigem investigação adicional para feocromocitoma**.
 - Não é necessário controle tomográfico de rotina para essas lesões.
- **American Association of Endocrine Surgeons (AAES) Guidelines 2022**
 - Mesmos critérios de benignidade para HU ≤ 10, sem necessidade de avaliação para feocromocitoma

Conclusão – Solicitação de Anulação

Diante das evidências citadas, a questão 21 exige rastreamentos **contra-indicados pelas diretrizes modernas**, e nenhuma das alternativas contempla a conduta correta (avaliação **somente** para secreção autônoma de cortisol).

Assim, solicita-se a **anulação da questão** por não apresentar alternativa alinhada às recomendações atuais de manejo de incidentaloma adrenal.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNESP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 83

Homem de 35 anos relata tosse seca, chiado e falta de ar há 3 dias, com piora na noite anterior e melhora parcial após o uso de várias doses de salbutamol aerossol. Refere que já teve sintomas semelhantes previamente, há muitos anos. Nega uso de qualquer medicação no dia a dia. Exame físico: BEG; acianótico; discreta taquipneia; fala normal; SpO2 96% em ar ambiente; sem sinais de desconforto respiratório; ausculta pulmonar com MV presente; pouco reduzido globalmente com sibilos difusos. A conduta inicial deve ser prescrever prednisona 40 mg via oral e

- A. sulfato de magnésio 2 g IV de horário, e não usar bronco dilatador de ação curta.
- B. broncodilatador de ação curta (aerossol com espaçador), e pesquisar fatores de exacerbação.
- C. broncodilatador de ação curta (aerossol com espaçador) e antibiótico.
- D. sulfato de magnésio 2 g IV de horário, broncodilatador de ação curta (aerossol com espaçador) e pesquisar fatores de exacerbação..

Recurso:

Solicitação de recuso: Mudança de gabarito para alternativa B.

À Banca Examinadora,

Na questão 83 temos homem de 35 anos apresenta exacerbação de asma, com melhora parcial após múltiplas doses de β_2 -agonista de curta ação isoladamente e sem sinais de hipoxemia ou desconforto respiratório grave, portanto, não sendo caracterizado como crise grave. Dessa forma, paciente não está em tratamento padrão otimizado, que deveria conter corticoide inalatório associado a broncodilatador.

Segundo o GINA 2025, "*Intravenous magnesium sulfate is not recommended for routine use in asthma exacerbations. However, in adults and children who fail to respond to initial treatment and have persistent hypoxemia, and in children whose FEV1 fails to reach 60% predicted after 1 hour of care, intravenous magnesium (as a single 2 g infusion over 20 mi-*



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNESP - 2026

notes) reduces hospital admissions, including in adults with FEV1 <25–30% predicted at presentation (Evidence A)" e "Intravenous MgSO₄ in a single dose of 40–50 mg/kg (maximum 2 g) by slow infusion (20–60 minutes) may be considered in addition to standard treatment with salbutamol, ipratropium, and oral corticosteroids, after the first hour of treatment for children ≥2 years old with severe acute asthma (e.g., oxygen saturation <92%, Box 6-10, p.226".

Logo, terapia inicial da crise asmática deve priorizar β 2-agonista de curta duração inalatório, em ciclos de 4–10 puffs repetidos até três vezes, com espaçamento de 20 minutos, associado a ipratrópio e corticoide sistêmico oral, e, apenas se ausência de controle dessa terapia e exacerbação com critérios de gravidade, indica-se sulfato de magnésio. Dessa forma, o paciente em questão não foi submetido à terapia correta da crise asmática e não apresenta critérios de gravidade da crise que justifiquem a conduta apontada no item D. Diante do exposto, solicitamos mudança do gabarito para a alternativa B.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNESP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 90

Homem de 69 anos será submetido a colecistectomia video-laparoscópica e está assintomático. AP: DM2 e DRC estágio IIIB em uso de metformina, empagliflozina e enalapril. De acordo com a Diretriz de Avaliação cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2024), a conduta deve ser suspender

- A. as três medicações 3 dias antes do procedimento.
- B. a empagliflozina e a metformina 3 dias antes do procedimento e o enalapril na manhã do procedimento.
- C. a empagliflozina 3 dias antes do procedimento e a metformina e o enalapril 24 horas antes do procedimento.
- D. a empagliflozina 3 dias antes do procedimento, a metformina 24 horas antes do procedimento e o enalapril na manhã do procedimento.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

Sobre o tempo de suspensão de enalapril, é controverso em literatura, conforme descrito na Diretriz Brasileira de Pré Operatório de 2024. Na página 22, "Dessa forma, as evidências atuais não fornecem uma resposta definitiva quanto à manutenção ou suspensão do IECA/BRA no período perioperatório, devendo a decisão ser individualizada." não deixa claro o tempo de suspensão. Suspender 24 horas antes é uma conduta aceitável em paciente doente renal crônico estágio IIIB.

Referência: Gualandro et al. Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2024.



@medway.residenciamedica



Medway