RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

ISCMSP - 2026

medway

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral
Questão: 2

Homem de 80 anos refere "garganta raspando" e perda de peso de aproximadamente 5 kg em 3 meses sem dieta. Apresenta antecedente de tabagismo ativo de 150 maços-ano e etilismo social. Ao exame físico apresenta linfonodomegalia de aproximadamente 4 cm em nível III esquerdo. Traz laringoscopia que demonstra lesão ulcerada e infiltrativa em seio piriforme esquerdo. Dentre os abaixo, o diagnóstico mais provável para esse caso é:

A. Laringoscopia de suspensão para biópsia de lesão em seio piriforme esquerdo.
B. Biópsia excisional de linfonodo cervical esquerdo.
C. Biópsia incisional de linfonodo cervical esquerdo.
D. Tomografia computadorizada de pescoço e tórax.
E. Videodeglutograma.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Venho, respeitosamente, solicitar a anulação da questão referente ao caso clínico do paciente de 80 anos com lesão ulcerada em seio piriforme e linfonodomegalia cervical, uma vez que há inconsistência entre o enunciado e as alternativas oferecidas.

O enunciado solicita explicitamente “o diagnóstico mais provável”, o que induz o candidato a buscar uma hipótese diagnóstica clínica ou anatomopatológica — por exemplo, *carcinoma epidermoide de hipofaringe*, que seria o diagnóstico mais provável diante do quadro descrito.

No entanto, todas as alternativas apresentadas referem-se exclusivamente a exames complementares ou condutas, não havendo qualquer alternativa que represente um diagnóstico. Dessa forma, a pergunta não pode ser adequadamente respondida, pois o comando da questão e o conjunto de alternativas pertencem a categorias distintas (diagnóstico × exames/condutas), impossibilitando a escolha de uma resposta correta.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Além disso, a ausência de alinhamento entre o que se pergunta e o que se oferece como alternativa configura erro formal de elaboração, prejudicando o desempenho dos candidatos e comprometendo a objetividade da avaliação.

Diante disso, solicito, de forma cordial, que a banca considere a anulação da questão, em respeito aos princípios de clareza, coerência e isonomia entre os concorrentes.

Agradeço a atenção e a análise criteriosa do pedido de recurso.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral
Questão: 4

Homem é admitido por trauma perineal após acidente com moto há 2 horas. Ao exame físico, apresenta rigidez peniana parcial, sem dor. Realizado exame de ultrassom doppler que evidenciou fluxo sanguíneo aumentado no pênis. Diagnóstico e conduta para esse caso:

A. Fratura de pênis - Tratamento conservador.
B. Fratura de pênis - Exploração cirúrgica imediata.
C. Priapismo isquêmico - Punção de corpos cavernosos.
D. Priapismo não isquêmico - Tratamento conservador.
E. Priapismo não isquêmico - Embolização imediata.

Recurso:

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para (D)

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Paciente com trauma perineal após acidente de moto apresenta rigidez peniana parcial, sem dor, e ultrassom Doppler evidenciando fluxo aumentado, compatível com *priapismo não isquêmico*. Fonte: Guidelines on Priapism, 2025.

Fundamentação técnica:

- **Diagnóstico:** *Priapismo não isquêmico* caracteriza-se por **fluxo sanguíneo aumentado** nos corpos cavernosos e rigidez parcial indolor, geralmente pós-trauma. Fonte: Guidelines on Priapism, 2025.
- **Conduta inicial:** As diretrizes recomendam **tratamento conservador**, incluindo observação, compressão perineal e aplicação de gelo, com monitoramento clínico. Fonte: Guidelines on Priapism, 2025.
- **Embolização:** Reservada para casos de fístula arteriocavernosa persistente ou falha do manejo conservador. A intervenção imediata não é o padrão inicial. Fonte: Guidelines on Priapism, 2025.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Conclusão com pedido: Diante do exposto, solicitamos mudança de gabarito para (D).

Referências

[European Association of Urology] — Guidelines on Priapism, 2025

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral
Questão: 14

Homem de 33 anos, previamente saudável, apresenta dispneia leve aos esforços e sensação de plenitude torácica. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, sem sinais de síndrome da veia cava superior. A radiografia de tórax revela alargamento do mediastino superior. A tomografia computadorizada contrastada de tórax evidencia uma massa sólida no mediastino anterior, medindo 6,5 cm, com contornos bem definidos, sem calcificações evidentes e sem invasão de estruturas adjacentes. Os exames laboratoriais mostram níveis normais de β-HCG e alfafetoproteína, mas elevação discreta de acetilcolina antir-receptor. A biópsia por agulha fina guiada por TC é evitada neste momento. Com base nesse cenário clínico e nas diretrizes atuais, o próximo passo no manejo deste paciente deve ser:

A. Quimioterapia neoadjuvante.
B. Biópsia por agulha transtorácica.
C. PET-CT e função pulmonar antes de indicar ressecção cirúrgica.
D. Corticoterapia empírica.
E. Ressecção cirúrgica.

Recurso:

Prezados membros da banca examinadora,

Venho, respeitosamente, solicitar a revisão do gabarito da questão referente ao manejo inicial de uma massa sólida no mediastino anterior em paciente jovem previamente saudável. O caso apresentado descreve uma lesão bem delimitada, sem sinais de invasão de estruturas adjacentes, com marcadores tumorais β-HCG e alfafetoproteína dentro da normalidade, além de elevação discreta de anticorpo antirreceptor de acetilcolina, achado fortemente associado à presença de timoma, mesmo na ausência de manifestações clínicas de miastenia gravis. Esse conjunto de características configura um cenário típico de timoma ressecável.

O gabarito preliminar indica a alternativa C como correta, sugerindo a realização de PET-CT e testes de função pulmonar antes da indicação de ressecção cirúrgica. No entanto, essa conduta não está alinhada com as principais diretrizes internacionais. Segundo as recomendações do NCCN, massas anteriores ressecáveis com forte suspeita de timoma devem ser manejadas com ressecção cirúrgica primária, e a biópsia deve ser evitada devido ao ris-

co de semeadura tumoral e ao fato de que o tratamento definitivo permanece cirúrgico independentemente do resultado histológico prévio [1]. O ITMIG, em conjunto com o IASLC, reforça que, quando a imagem sugere um timoma completamente ressecável, a ressecção deve ser o primeiro passo terapêutico, sem necessidade de exames adicionais como PET-CT, que frequentemente apresenta captação variável e não altera a conduta nesses casos [2]. Da mesma forma, as diretrizes da ESMO afirmam que, diante de uma massa bem circunscrita no mediastino anterior, com marcadores negativos e sem sinais de invasão, a timectomia deve ser realizada como tratamento inicial, não havendo indicação de PET-CT rotineiro nem de testes de função pulmonar se não há previsão de ressecções pulmonares extensas [3].

Dessa forma, a alternativa indicada no gabarito preliminar não está em conformidade com as recomendações científicas atualizadas. Já a alternativa E, que propõe a ressecção cirúrgica imediata, está plenamente alinhada às melhores práticas descritas nas diretrizes citadas. Assim, solicito cordialmente que a banca considere a alteração do gabarito para a letra E, garantindo a coerência técnica da avaliação e a justa interpretação por parte dos candidatos.

Agradeço a atenção e a análise cuidadosa do presente pedido.

Atenciosamente.

Referências

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Thymomas and Thymic Carcinomas. Version 2.2023. National Comprehensive Cancer Network.
2. Detterbeck FC et al. The IASLC/ITMIG Thymic Tumors Staging Project: proposals for the management and staging of thymic epithelial tumors. Journal of Thoracic Oncology.
3. Girard N et al. ESMO Clinical Practice Guidelines for Thymic Epithelial Tumours. European Society for Medical Oncology (ESMO), 2021.

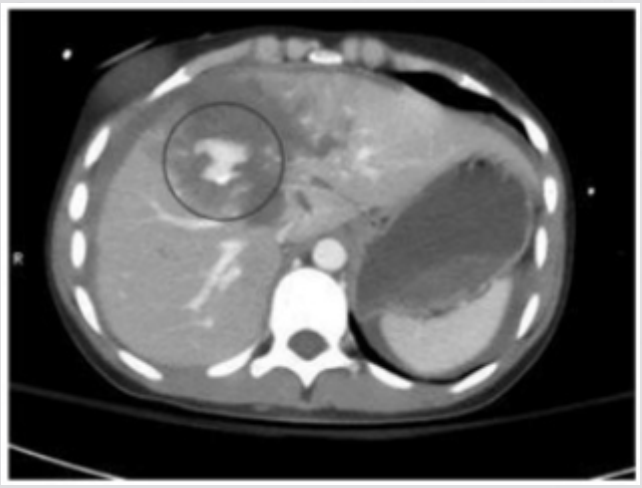
RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral
Questão: 21

Paciente de 45 anos vítima de atropelamento por automóvel é admitido estável e consciente no pronto-socorro. Apresenta fratu-ras simples dos últimos arcos costais à direita e lesão hepática abaixo evidenciada. Na premissa de manter estabilidade clínica e laboratorial do paciente, sem necessidade de droga vasoativa ou hemoderivados, a atual recomendação segundo novo guideline do ERAS é:



A. Embolização arterial.
B. Tratamento não operatório.
C. CPRE.
D. Embolização portal.
E. Hepatorrafia com omentoplastia.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

Venho respeitosamente interpor **recurso contra o gabarito da Questão 21**, que considerou correta a alternativa **B – Tratamento não operatório**, fundamentando-se no protocolo **ERAS**. Entretanto, o **comando da questão, os achados tomográficos apresentados e as diretrizes atuais específicas para trauma hepático** não sustentam de forma inequívoca essa resposta como a melhor conduta, conforme argumentação a seguir.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

O paciente descrito é **hemodinamicamente estável**, consciente, sem necessidade de drogas vasoativas ou hemoderivados, porém apresenta, conforme a imagem tomográfica fornecida, **sinal evidente de sangramento ativo hepático**, com padrão radiológico compatível com **extravasamento venoso (sangramento portal/parênquimo-venoso)**. Tal achado, por definição, **não configura apenas uma lesão hepática contusa estável**, mas sim **trauma com sangramento ativo documentado por imagem**.

Embora o **tratamento não operatório (TNO)** seja hoje a estratégia de base para pacientes estáveis com trauma hepático, **as diretrizes modernas não preconizam observação simples diante de sangramento ativo detectado em tomografia**, especialmente quando existe a possibilidade de intervenção minimamente invasiva capaz de controlar a lesão e reduzir falhas do TNO.

As **diretrizes da World Society of Emergency Surgery (WSES)** são claras ao afirmar que:

> A presença de sangramento ativo na tomografia, independentemente da estabilidade hemodinâmica inicial, **é indicação de avaliação angiográfica com possibilidade de embolização**.

Além disso, o guideline da **EAST (Eastern Association for the Surgery of Trauma)** reforça que a **angiografia com embolização** deve ser considerada em pacientes estáveis com evidência de blush contrastado ou sangramento ativo, pois reduz taxas de falha do tratamento conservador, necessidade de cirurgia tardia e complicações hemorrágicas.

No caso específico apresentado, o **padrão do sangramento exibido na imagem é predominantemente venoso**, o que torna a **embolização portal (alternativa D) uma conduta tecnicamente plausível e alinhada à prática atual**, conforme descrito em séries contemporâneas de trauma hepático. Embora menos frequente que a embolização arterial, a **embolização portal seletiva** é reconhecida como opção válida em sangramentos venosos persistentes.

Adicionalmente, o uso do **protocolo ERAS** como justificativa isolada para a resposta **não se aplica plenamente ao cenário descrito**, uma vez que o ERAS é um programa de otimização perioperatória e **não substitui diretrizes específicas para trauma abdominal sólido**,

tampouco contempla decisões baseadas em **sangramento ativo documentado por imagem**.

Dessa forma, observa-se que:

- O **comando da questão descreve sangramento ativo hepático**;
- A simples alternativa "tratamento não operatório" **não contempla intervenção endovascular**, que hoje integra o conceito moderno de manejo não operatório do trauma sólido;
- Diretrizes atuais **não sustentam observação expectante isolada diante de sangramento ativo visível**;
- A alternativa **A (embolização arterial)** ou, mais especificamente, a **D (embolização portal)**, mostram-se **mais condizentes com o cenário clínico-radiológico apresentado**.

Diante do exposto, solicita-se respeitosamente:

- **a revisão do gabarito**, com reconsideração das alternativas relacionadas à embolização;
  ou, alternativamente,
- **a anulação da questão**, uma vez que o comando permite múltiplas interpretações compatíveis com diretrizes vigentes, gerando ambiguidade técnica e científica.

Referências

1. **Coccolini F, et al.** *WSES classification and guidelines for liver trauma*. World J Emerg Surg. 2020;15:24.

2. **EAST Practice Management Guidelines Committee.** *Selective Nonoperative Management of Blunt Hepatic Injury*. J Trauma Acute Care Surg. 2019.

3. **Poletti PA, et al.** Blunt abdominal trauma: should US be used to detect both free fluid and organ injuries? *Radiology*. 2003.

4. **Tinkoff G, et al.** *Management of hepatic injury: a systematic review*. J Trauma. 2008.

5. **Ertekin C, et al.** Portal venous embolization for traumatic liver bleeding. *Injury*. 2015.