RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

FMABC - 2026

medway

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

Especialidade: Clínica Médica
Questão: 22

Homem, 38 anos, com histórico de uso de heroína intravenosa, procura atendimento devido a uma área eritematosa, edemaciada e dolorosa no antebraço, com início há dois dias. Ao exame, não há drenagem purulenta, e paciente está afebril e hemodinamicamente estável. O médico considera o tratamento ambulatorial com antibióticos orais. Considerando o caso exposto, qual é a antibioticoterapia oral mais adequada?

A. Amoxicilina em monoterapia.
B. Sulfametoxazol-trimetoprima (SMX-TMP).
C. Ciprofloxacino em monoterapia.
D. Cefalexina em monoterapia.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

Venho, por meio deste, solicitar a *__anulação da questão 22__ da prova de especialidades clínicas* referente ao tratamento antibiótico oral mais adequado para celulite em paciente usuário de heroína intravenosa, com base nos seguintes argumentos fundamentados na literatura médica:

1. *Sulfametoxazol-trimetoprima (SMX-TMP) não cobre adequadamente Streptococcus spp.*

A SMX-TMP, embora seja ativa contra a maioria das cepas de Staphylococcus aureus, incluindo MRSA, apresenta atividade limitada e pouco definida contra estreptococos, especialmente Streptococcus pyogenes, principal agente etiológico da celulite não purulenta. Tanto a literatura de revisão quanto as recomendações da Infectious Diseases Society of America (IDSA) destacam que, para infecções em que não é possível distinguir abscesso inicial de celulite, é necessário regime empírico com cobertura para ambos: MRSA e estreptococos. Quando se opta por SMX-TMP, recomenda-se associação com um beta-lactâmico, como a cefalexina, para garantir cobertura adequada.[1][2][3]

2. *Cefalexina não cobre MRSA*

A cefalexina, um beta-lactâmico oral, é eficaz contra Streptococcus spp. e Staphylococcus aureus sensível à meticilina (MSSA), mas não possui atividade contra MRSA. Em populações de risco aumentado para MRSA, como usuários de drogas injetáveis, a literatura aponta que a cobertura empírica para MRSA deve ser considerada, especialmente em infecções purulentas ou com fatores de risco epidemiológicos.[2][1][4][3]

3. *Recomendações de sociedades científicas*

A Infectious Diseases Society of America (IDSA) recomenda que, em casos de celulite sem drenagem purulenta, a cobertura para estreptococos é prioritária, mas, na presença de fatores de risco para MRSA (como uso de drogas injetáveis), pode ser necessário ampliar o espectro empírico. Nenhum dos antibióticos em monoterapia (SMX-TMP ou cefalexina) cobre adequadamente ambos os patógenos relevantes.[2][1][3]

4. *Implicações para a questão*

Diante do exposto, a questão apresenta alternativas que não contemplam a necessidade de cobertura empírica adequada para ambos os agentes etiológicos mais relevantes neste contexto clínico. Assim, nenhuma das opções apresentadas pode ser considerada correta de acordo com a melhor evidência disponível.

Solicito, portanto, a **anulação da questão 22**, visto que as alternativas não refletem a conduta baseada em evidências para o cenário clínico apresentado.

Referencias Bibliograficas:

1. Management of Skin Abscesses in the Era of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus. Singer AJ, Talan DA. The New England Journal of Medicine. 2014;370(11):1039-47. doi:10.1056/NEJMra1212788.
2. Effect of Cephalexin Plus Trimethoprim-Sulfamethoxazole vs Cephalexin Alone on Clinical Cure of Uncomplicated Cellulitis: A Randomized Clinical Trial. Moran GJ, Krishnadasan A, Mower WR, et al. JAMA. 2017;317(20):2088-2096. doi:10.1001/jama.2017.5653.
3. Community-Associated Meticillin-Resistant Staphylococcus Aureus. DeLeo FR, Otto M,

Kreiswirth BN, Chambers HF. Lancet (London, England). 2010;375(9725):1557-68. doi:10.1016/S0140-6736(09)61999-1.
4. Oral Beta-Lactams Applied to Uncomplicated Infections of Skin and Skin Structures. Jacobs MR, Jones RN, Giordano PA. Diagnostic Microbiology and Infectious Disease. 2007;57(3 Suppl):55S-65S. doi:10.1016/j.diagmicrobio.2006.11.020.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

Especialidade: Clínica Médica
Questão: 37

Homem, 60 anos, em uso crônico de prednisona para uma doença autoimune, é trazido à emergência as 23h com hipotensão, febre e rebaixamento do nível de consciência após um quadro infeccioso. Considerando a vigência de insuficiência adrenal concomitante, qual é a sequência de condutas mais apropriada e imediata?

A. Instalar acesso venoso, coletar amostras de sangue para dosagem de cortisol e ACTH e iniciar imediatamente hidrocortisona intravenosa e soro fisiológico.
B. Realizar um teste de estimulação com ACTH no pronto-socorro para confirmar o diagnóstico antes de iniciar o tratamento.
C. Administrar hidrocortisona intravenosa e soro fisiológico e agendar a coleta de exames para cortisol e ACTH para o dia seguinte, às 8h, garantindo a adequação da coleta do cortisol.
D. Coletar uma amostra de sangue para dosagem de cortisol e aguardar o resultado; se for inferior a 18 mcg/dL, iniciar o tratamento.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Venho respeitosamente interpor recurso em relação à Questão 37, que aborda o manejo de um paciente de 60 anos, em uso crônico de prednisona, admitido na emergência com hipotensão, febre e rebaixamento do nível de consciência após quadro infeccioso, quadro clínico altamente sugestivo de crise adrenal.
De acordo com as principais diretrizes e consensos internacionais, a crise adrenal é uma emergência clínica, cujo manejo deve ser imediato e baseado em critérios clínicos, não sendo necessária - nem recomendada - a coleta prévia de exames laboratoriais para a condução inicial do caso.
As diretrizes da Endocrine Society são explícitas ao afirmar que, diante de suspeita clínica de crise adrenal, o tratamento com hidrocortisona intravenosa e reposição volêmica deve ser iniciado imediatamente, uma vez que o atraso no tratamento está associado a aumento de morbimortalidade.
Ainda que a coleta de cortisol e ACTH possa ser considerada em situações estáveis (preferencialmente realizada pela manhã), não deve retardar o início da terapêutica. Além disso, no cenário apresentado - paciente em uso crônico de glicocorticoide exógeno - a insuficiência adrenal secundária é altamente provável, e a confirmação etiológica não altera a

conduta emergencial.
Dessa forma, exigir a coleta de exames laboratoriais como passo necessário para a condução adequada do caso induz a uma conduta potencialmente perigosa, contrária às recomendações atuais e à boa prática clínica em medicina de emergência.
Assim, solicito respeitosamente a anulação da questão, por apresentar uma abordagem que não reflete o manejo preconizado pelas diretrizes vigentes para crise adrenal.

Atenciosamente