

Respostas à Interposição de Recurso Sobre o Gabarito da Prova Teórica realizada em

20/02/26

Primeiro Recurso

a) Transcrição do Pedido:

1. Questão 23 – Neuroanatomia (Lateralidade da Lesão)

O caso clínico relata um paciente com sinais motores (hemiparesia e hiperreflexia) localizados no lado direito do corpo.

Fundamentação Teórica:

A obra de referência BICKLEY, Lynn S. (Bates) esclarece a fisiopatologia do neurônio motor superior e a importância da decussação das fibras:

"Como o trato corticoespinal cruza para o lado oposto do corpo no nível da região inferior do bulbo, uma lesão [...] resulta em fraqueza motora e espasticidade no lado oposto".

Dessa forma, para sintomas manifestos no hemicorpo direito, a lesão do neurônio motor superior deve situar-se no hemisfério cerebral esquerdo. A alternativa considerada correta ("Síndrome piramidal à direita") apresenta uma imprecisão técnica, pois, em neurologia, a lateralidade de uma síndrome refere-se à topografia da lesão e não apenas à manifestação clínica.

Pedido: Solicito, encarecidamente, a anulação da questão por inconsistência na descrição da lateralidade neuroanatômica da lesão.

b) Cópia da questão da prova, com a alternativa correta destacada em amarelo:

23. Homem de 64 anos apresenta fraqueza progressiva em hemicorpo direito. Ao exame neurológico:

- Força grau 3 em membro superior e inferior direitos
- Hiperreflexia profunda no mesmo lado
- Sinal de Babinski à direita
- Tônus aumentado com padrão em canivete
- Sem atrofia muscular significativa nas primeiras semanas

O conjunto é mais compatível com:

- A. Síndrome do neurônio motor inferior à direita.
- B. Síndrome piramidal (neurônio motor superior) à direita.**
- C. Miopatia inflamatória sistêmica.
- D. Síndrome cerebelar hemisférica direita.
- E. Neuropatia periférica distal simétrica.

c) Resposta: O enunciado apresenta um paciente com praticamente todos os sinais e sintomas da síndrome piramidal (também conhecida como síndrome do neurônio motor superior), manifestada do lado direito do corpo. A pergunta é qual das alternativas apresenta o quadro mais compatível. No caso, a única possibilidade de resposta correta seria a alternativa B. A justificativa apresentada no recurso confunde o trajeto neuroanatômico do trato corticoespinal com o lado do corpo do paciente no qual se manifestou a síndrome piramidal. Resumindo o diagnóstico do paciente – síndrome piramidal (ou do neurônio motor superior) à direita, devido a provável lesão do trato corticoespinal de hemisfério cerebral esquerdo.

d) Conclusão: recurso indeferido.

Segundo Recurso

a) Transcrição do Pedido:

2. Questão 05 – Alterações Ungueais (Etiologia da Coiloníquia)

O item solicita a identificação do arquétipo clínico associado ao achado semiológico de coiloníquia.

Fundamentação Teórica:

Embora a anemia ferropriva (contexto de pós-bariátrica) seja uma causa clássica, a literatura médica estabelece que a coiloníquia não é um achado exclusivo de carência de ferro, ocorrendo frequentemente em doenças dermatológicas que afetam a matriz ungueal. Segundo a revisão sistemática publicada no StatPearls/NCBI (Rathod & Sonthalia, 2023):

At times, koilonychia may also be a manifestation of inflammatory skin diseases such as lichen planus or psoriasis... (Tradução: "Por vezes, a coiloníquia também pode ser uma manifestação de doenças inflamatórias da pele, como o líquen plano ou a psoríase...")

Ademais, o material didático oficial da disciplina, conforme o slide ministrado pelo Dr. Gerson, corrobora esta informação ao listar explicitamente a psoríase como causa:

"COILONÍQUIA: Concavidade como colher. Ex: Congênito, Desnutrição, Anemia, Psoríase, Líquen plano".

Pedido: Havendo duas alternativas tecnicamente corretas (C e D), com base na literatura especializada e do material docente ministrado, solicito, encarecidamente, que a alternativa que cita "Psoríase Extensa" seja considerada como correta.

b) Cópia da questão da prova, com a alternativa correta destacada em amarelo:

5. Observe a imagem a seguir.



Assinale a alternativa que corresponde ao arquétipo de paciente que poderia apresentar essas alterações ungueais.

- A. Antônio, 52 anos, aguarda transplante hepática com cirrose grave.
- B. Carlos, 56 anos, com doença renal crônica dialítica por lúpus grave
- C. João, 55 anos, em tratamento para psoríase extensa
- D. Pedro, 68 anos, pós-bariátrica, com fadiga progressiva e intolerância aos esforços.**
- E. Tiago, 50 anos, em tratamento para hipertireoidismo, trabalha como auxiliar de cozinha.

Ghaffari S, Pourafkari L. Koilonychia in Iron-Deficiency Anemia. N Engl J Med. 2018 Aug 30;379(9):e13. doi: 10.1056/NEJMicm1802104

c) Resposta:

1. A questão traz como referência um relato de caso publicado no New England Journal of Medicina, revista consagrada como referência clínica na medicina. O texto do artigo afirma: *Koilonychia is associated with iron-deficiency anemia and may also be hereditary, idiopathic, or associated with nail trauma or solvent exposure*. Portanto, não cita psoríase como causa de coiloníquia.

2. O artigo citado como referência no recursos não é uma revisão sistemática. Trata-se de um texto do tipo estudo guiado, conforme consta no site do próprio Pubmed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644737/>. Além disso, o texto não foi publicado em periódico científico, mas consta como texto livre de acesso aberto no site [StatPearls - Medical Education, Board Review, and Continuing Education](#), voltado para educação médica continuada e para preparação de exames de certificação em saúde. Acerca dos autores deste texto, destaco o que consta no site do Pubmed sobre a formação e afiliação dos mesmos, que demonstra que não há filiação universitária tampouco em pesquisa científica ou acadêmica.

Spoon Nails

Dipali G. Rathod; Sidharth Sonthalia.

▼ Author Information and Affiliations

Authors

Dipali G. Rathod¹; Sidharth Sonthalia².

Affiliations

¹ National Board of Examinations, Delhi

² SKINNOCENCE: The Skin Clinic

Last Update: August 8, 2023.

3. A argumentação apresentada no recurso de que conteúdo ministrado em aula pode ser utilizado como referência de evidência clínica carece de fundamento sólido, pois, professores podem cometer enganos e/ou omissões. Além disso, os slides da aula do professor, mesmo que fossem disponibilizados para estudo, não constam como material oficial da disciplina, conforme consta no plano de ensino dela.

4. Destaco referências que demonstram que coiloníquia não tem associação com psoríase, mas sim com deficiência de ferro e/ou anemia ferropriva:

4.1. O artigo de revisão de TULLY, Amber S.; TRAYES, Kathryn P.; STUDDIFORD, James S. Evaluation of nail abnormalities. **American family physician**, v. 85, n. 8, p. 779-787, 2012.

Table 2. Nail Abnormalities Associated with Systemic Conditions

Nail finding	Etiologies
Beau lines (Figure 9)	Severe illness, Reynaud disease, pemphigus, chemotherapy, high fever ¹
Clubbing (Figure 10)	Unilateral: hemiplegia, vascular disorders Bilateral: empyema, cystic fibrosis, pulmonary fibrosis, celiac sprue, bronchiectasis, cardiac disease, cirrhosis, chronic obstructive pulmonary disease, inflammatory bowel disease ¹
Koilonychia (spoon nail; Figure 11)	Iron deficiency with or without anemia, hemochromatosis, trauma, Raynaud disease, hypothyroidism, systemic lupus erythematosus, occupational exposure to petroleum-based solvents, nail-patella syndrome ¹⁰
Mees lines	Arsenic poisoning, ¹ other heavy metal poisoning, renal failure ¹¹
Muehrcke lines (Figure 12)	Hypoalbuminemia, nephrotic syndrome, liver disease, malnutrition ¹²
Pincer nail (Figure 13)	Systemic lupus erythematosus, psoriasis, onychomycosis, tumors of the nail apparatus, Kawasaki disease, malignancy, beta-blocker use ^{13,14}
Splinter hemorrhage (Figure 14)	Endocarditis; psoriasis; renal, pulmonary, endocrine diseases; systemic skin conditions ¹⁵

NOTE: Treatment for systemic nail abnormalities involves addressing the underlying etiology.

Information from references 1, and 10 through 15.

4.2. O livro de dermatologia de WOLFF, Klaus. **Dermatologia de Fitzpatrick: atlas e texto**. 8. ed. Porto Alegre: AMGH, 2019. E-book. p.833.

COILONÍQUIA

Unhas em forma de colher (**Fig. 32-31**). *Etiologia* (mais frequentemente causada por fatores locais do que sistêmicos): hereditária e congênita; síndrome de Plummer-Vinson (anemia ferropriva, disfagia, glossite). *Manifestações clínicas*: nos estágios iniciais, a unha fica achatada; mais tarde, as bordas sofrem eversão e a unha fica côncava.

Figura 32-31 Coiloníquia A lâmina ungueal está côncava; nenhuma outra unha envolvida. Neste caso, não havia fatores sistêmicos associados.



4.3. O livro de medicina interna de - LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. **Medicina Interna de Harrison**. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p.378. que destaca que a coiloníquia não é um achado característico da psoríase: *O acometimento das unhas dos dedos das mãos com depressões puntiformes, onicólise, espessamento das unhas ou hiperqueratose subungueal pode ser um indicio do diagnóstico de psoríase quando as manifestações clínicas não são clássicas.*

4.4. Por fim, o que explana o livro referência da semiologia - PORTO, Celmo C.; PORTO, Arnaldo L. **Exame Clínico**, 8ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. E-book. p.260. - *Coiloníquia ou unha em colher é um estado distrófico no qual a placa ungueal torna-se fina e desenvolve-se uma depressão. Tais alterações ocorrem na anemia ferropriva grave e são provocadas por irritantes locais.*

5. Como a questão pede como resposta o *arquétipo*, ou seja, o *modelo* ou *padrão*, a única alternativa correta possível é a D.

d) Conclusão: recurso indeferido.