



RECURSO TEGO 2026

GINECOLOGIA



Questão Ginecologia

Mulher de 54 anos de idade realizou biópsia de mama por agulha grossa em nódulo suspeito de 1 cm com diagnóstico de carcinoma ductal invasor luminal. Na palpação da axila ipsilateral, palpa-se linfonodo endurecido suspeito. Assinale a alternativa que apresenta a conduta adequada frente a este achado.

- A) Esvaziamento axilar.
- B) Radioterapia regional.
- C) Quimioterapia neoadjuvante.
- D) Dissecção axilar direcionada.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

Solicita-se a **anulação da presente questão**, uma vez que nenhuma das alternativas apresentadas contempla a conduta recomendada pelas diretrizes atuais para o manejo inicial de paciente com **carcinoma de mama invasivo associado a linfonodo axilar clinicamente suspeito**.

O enunciado descreve uma paciente com **carcinoma ductal invasor luminal de 1 cm e linfonodo axilar endurecido à palpação**, caracterizando uma **axila clinicamente suspeita (cN1)**. Entretanto, a suspeita clínica isolada não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de comprometimento linfonodal metastático. As diretrizes vigentes recomendam que todo linfonodo axilar suspeito ao exame físico seja submetido à **ultrassonografia axilar**, seguida de **confirmação anatomopatológica por punção aspirativa por agulha fina (PAAF) ou biópsia por agulha grossa (core biopsy)** antes da definição da estratégia terapêutica.

Somente após a confirmação histológica do acometimento linfonodal é possível estabelecer a conduta mais apropriada, a qual dependerá de fatores como a biologia tumoral, a extensão da doença axilar e a estratégia de tratamento sistêmico planejada.

Nesse contexto, observa-se que:

- **Alternativa A (Esvaziamento axilar)** – Incorreta, pois o esvaziamento axilar não deve ser indicado exclusivamente com base na suspeita clínica, sem confirmação histopatológica da metástase linfonodal.
- **Alternativa B (Radioterapia regional)** – Incorreta, uma vez que não constitui a conduta inicial diante de um linfonodo apenas clinicamente suspeito.

- **Alternativa C (Quimioterapia neoadjuvante)** – Incorreta, pois tumores luminais T1 não possuem indicação mandatória de tratamento neoadjuvante apenas pela presença de um linfonodo suspeito à palpação. Antes dessa decisão, é imprescindível a confirmação histológica do acometimento axilar.
- **Alternativa D (Dissecção axilar direcionada)** – Incorreta, pois a **Targeted Axillary Dissection (TAD)** é uma técnica indicada para pacientes com **metástase axilar previamente confirmada por biópsia, com marcação (clipagem) do linfonodo acometido antes da quimioterapia neoadjuvante**, seguida de sua ressecção juntamente com o linfonodo sentinela após resposta ao tratamento. Nenhuma dessas informações consta no enunciado, impossibilitando a indicação desse procedimento.

Dessa forma, à luz das recomendações da **National Comprehensive Cancer Network (NCCN)**, da **American Society of Clinical Oncology (ASCO)** e da **Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM)**, a conduta inicial correta seria a **realização de ultrassonografia axilar com confirmação anatomopatológica do linfonodo suspeito por PAAF ou biópsia por agulha grossa**, etapa diagnóstica indispensável antes da definição do tratamento da axila.

Como essa conduta **não está contemplada entre as alternativas apresentadas**, conclui-se que a questão não possui resposta tecnicamente correta, razão pela qual requer-se sua **anulação**.

Referências

- NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer. Versão mais recente.
- MORAN, M. S. et al. Sentinel lymph node biopsy and management of the axilla in breast cancer: ASCO Guideline Update. Journal of Clinical Oncology. Edição mais recente.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. Recomendações para o manejo da axila no câncer de mama. Edição mais recente.

Questão Ginecologia

Adolescente de 16 anos de idade, virgem, nunca menstruou. Nega crescimento de mamas e refere que os pelos apareceram aos 10 anos de idade. Nega doenças crônicas conhecidas ou uso de medicações, tem bom desenvolvimento escolar. Ao exame físico: PA = 90 × 70 mmHg; FC = 68 bpm; peso: 60 kg; altura: 1,70 m; IMC = 20,76 kg/m². Pelos P4; mamas: M1. Exame ginecológico: vulva sem malformações, de aspecto infantil; hímen pérvio e íntegro. Vaginometria = 8 cm. Resultado de exames: prolactina: 8,5 ng/mL (VN <25,0); FSH = 0,8 mIU/mL (VN = 2,8 - 10,5); LH = 0,3 mIU/mL (VN = 3,5 a 8,5); TSH = 2,5 mIU/mL (VN = 0,4 a 4,5). Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, a propedêutica complementar obrigatória para a condução desse caso é:

- A) Cariótipo.
- B) Teste de GnRH.
- C) Ressonância magnética da pelve.
- D) Ressonância magnética de SNC.

Recurso:

Solicita-se a anulação da questão, uma vez que o gabarito oficial considera como única resposta correta a alternativa D) Ressonância magnética de sistema nervoso central (SNC), embora a literatura da FEBRASGO admita que outra alternativa apresentada (teste de estímulo com GnRH) também integra a propedêutica complementar da paciente descrita.

O caso apresenta adolescente de 16 anos com amenorreia primária, ausência completa de desenvolvimento mamário (M1), presença de pubarca (P4) e níveis reduzidos de FSH e LH, caracterizando um quadro compatível com hipogonadismo hipogonadotrófico, cuja investigação deve ser direcionada para causas centrais (hipotalâmicas ou hipofisárias).

De acordo com o Protocolo FEBRASGO nº 81 (2025) – Puberdade, a investigação do hipogonadismo hipogonadotrófico não se restringe à realização de exames de imagem do sistema nervoso central. O documento recomenda que a propedêutica inclua tanto a avaliação estrutural quanto a avaliação funcional do eixo hipotálamo-hipófise.

Nesse contexto, o protocolo descreve que podem ser necessários:

- Ressonância magnética do sistema nervoso central, para afastar lesões estruturais da região hipotálamo-hipofisária;
- Teste de estímulo com GnRH, utilizado para auxiliar na diferenciação entre causas hipotalâmicas e hipofisárias do hipogonadismo hipogonadotrófico.

Assim, o próprio documento utilizado como referência nacional reconhece o teste de estímulo com GnRH como exame integrante da investigação complementar do hipogonadismo hipogonadotrófico, exatamente o cenário clínico descrito no enunciado.

Dessa forma, a alternativa B não pode ser considerada incorreta, pois representa um exame previsto na propedêutica complementar recomendada pela FEBRASGO para investigação etiológica dessas pacientes.

Embora a ressonância magnética do SNC seja, de fato, um exame importante para excluir causas estruturais, o enunciado não restringe a pergunta ao exame de maior prioridade nem àquele realizado obrigatoriamente antes dos demais. Ao utilizar a expressão "a propedêutica complementar obrigatória", a questão admite mais de uma interpretação tecnicamente válida, uma vez que tanto a avaliação estrutural (RM de SNC) quanto a avaliação funcional (teste de estímulo com GnRH) fazem parte da investigação recomendada pelo protocolo da FEBRASGO.

Além disso, a alternativa B descreve corretamente a finalidade do teste de estímulo com GnRH — diferenciar causas hipotalâmicas de causas hipofisárias — informação expressamente contemplada pelo Protocolo FEBRASGO nº 81 (2025).

Assim, à luz da principal diretriz nacional sobre o tema, verifica-se que há mais de uma alternativa compatível com a investigação complementar do caso clínico, impossibilitando a existência de uma única resposta correta.

Diante do exposto, solicita-se a anulação da questão, por apresentar mais de uma alternativa tecnicamente defensável de acordo com o Protocolo FEBRASGO nº 81 (2025).

Referência

- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Protocolo FEBRASGO nº 81 – Puberdade. São Paulo: FEBRASGO, 2025.

Questão Ginecologia

Casal, sendo a mulher de 25 anos de idade e companheiro de 45 anos de idade, tentando gestar há dois anos. Ela tem ciclos regulares a cada 28 dias, nega cirurgias abdominais. Em uso de bupropiona e metilfolato. Ambos negam infecções sexualmente transmissíveis no passado. Ele realizou varicocelectomia à esquerda aos 17 anos e tem dois filhos de outro relacionamento, de 10 e 15 anos.

Qual é o próximo exame a ser solicitado?

- A) Espermograma.
- B) FSH, LH, prolactina.
- C) Histerossalpingografia.
- D) Histerossonosalpingografia.

Recurso:

Solicita-se a **anulação da questão**, uma vez que a alternativa apontada como correta não contempla a abordagem diagnóstica recomendada pelas principais diretrizes nacionais para investigação inicial da infertilidade conjugal.

O caso descreve um casal com **infertilidade há dois anos**, sendo a mulher de 25 anos, com ciclos menstruais regulares, sem história sugestiva de anovulação ou de doença tubária, e o parceiro de 45 anos, com antecedente de varicocelectomia e fertilidade comprovada apenas em relacionamento anterior. A pergunta solicita **o próximo exame a ser solicitado**, porém apresenta como correta apenas a alternativa **A) Espermograma**.

Entretanto, de acordo com os documentos da **FEBRASGO**, a **investigação inicial do casal infértil deve ser realizada de forma simultânea para ambos os parceiros**, não sendo adequada a avaliação isolada de apenas um dos fatores. A propedêutica básica compreende:

- avaliação do fator masculino por meio do **espermograma**;
- avaliação da permeabilidade tubária por meio da **histerossalpingografia (HSG)**;
- confirmação da ovulação, quando indicada pela história clínica.

No caso apresentado, embora o espermograma seja um exame fundamental, **a histerossalpingografia possui o mesmo papel na investigação inicial**, pois a definição da estratégia terapêutica depende da avaliação conjunta dos fatores masculino e tubário.

Por exemplo:

- um espermograma alterado pode direcionar o tratamento para técnicas de reprodução assistida ou investigação andrológica;
- uma obstrução tubária bilateral modifica completamente a conduta, indicando fertilização in vitro independentemente do resultado seminal;
- somente a avaliação integrada dos dois fatores permite estabelecer o tratamento mais apropriado.

Assim, tanto o **espermograma** quanto a **histerossalpingografia** constituem exames fundamentais da investigação inicial, não havendo elementos clínicos no enunciado que justifiquem priorizar exclusivamente um deles.

Dessa forma, a questão apresenta **mais de uma alternativa plausível** (A e C), tornando impossível identificar uma única resposta correta. Em avaliações de múltipla escolha, essa situação compromete o princípio da objetividade e da unicidade da alternativa correta.

Diante do exposto, solicita-se a anulação da questão, por apresentar mais de uma resposta tecnicamente defensável à luz das recomendações da FEBRASGO para investigação inicial do casal infértil.

Referências

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Protocolos FEBRASGO – Infertilidade Conjugal**. São Paulo: FEBRASGO.
2. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Manual de Orientação em Reprodução Assistida e Infertilidade**. São Paulo: FEBRASGO.

Questão Ginecologia

Mulher de 58 anos de idade, foi submetida a histerectomia total abdominal e salpingectomia bilateral por sangramento pós-menopausa persistente cuja biópsia pré-operatória indicava endométrio proliferativo sem atipias. Os ovários foram preservados devido ao aspecto macroscópico normal. O laudo anatomopatológico revelou carcinoma endometriode de endométrio, grau 1, medindo 2,5 cm no maior eixo, localizado no fundo uterino, com invasão miometrial de 2 mm em uma parede miometrial de 18 mm de espessura total. As margens cirúrgicas vaginais estavam livres. A revisão da lâmina confirma a ausência de invasão do espaço linfovascular. A conduta pós-operatória é indicar:

- A) Ressonância magnética da pelve; se negativo, manter conduta expectante.
- B) Ooforectomia bilateral e linfadenectomia pélvica e para-aórtica.
- C) Hormonioterapia com progestagênio e controle com CA-125.
- D) Radioterapia pélvica externa adjuvante de forma exclusiva.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

Solicita-se a **anulação da presente questão**, uma vez que nenhuma das alternativas contempla integralmente a conduta recomendada pelas principais diretrizes para o manejo de um diagnóstico incidental de câncer de endométrio após histerectomia.

A paciente apresenta **carcinoma endometriode grau 1, com invasão miometrial superficial (<50%), ausência de invasão do espaço linfovascular** e diagnóstico estabelecido somente após histerectomia realizada por suspeita de doença benigna. Entretanto, os **ovários foram preservados**, tornando o tratamento cirúrgico **incompleto** para uma mulher na pós-menopausa.

De acordo com os **critérios de Mayo**, essa paciente é classificada como **baixo risco para metástase linfonodal**, razão pela qual **não há indicação rotineira de linfadenectomia pélvica e para-aórtica**, uma vez que o risco de comprometimento linfonodal é inferior a 5%. Dessa forma, a alternativa B é tecnicamente inadequada ao indicar obrigatoriamente linfadenectomia.

Por outro lado, tanto as diretrizes da **National Comprehensive Cancer Network (NCCN)** quanto o consenso **ESGO/ESTRO/ESP** recomendam que mulheres **na pós-menopausa** submetidas inadvertidamente à histerectomia com preservação ovariana sejam submetidas à **ooforectomia bilateral**, visto que a preservação dos ovários não integra o

tratamento padrão do câncer de endométrio nessa população. Assim, existe respaldo para a complementação com ooforectomia, **mas não para a realização obrigatória da linfadenectomia.**

Além disso, a alternativa **A** também não pode ser considerada correta. A conduta expectante somente poderia ser adotada se a paciente **já tivesse sido submetida ao tratamento cirúrgico padrão**, incluindo **histerectomia total associada à salpingo-ooforectomia bilateral**, com estadiamento adequado quando indicado. Como os ovários foram preservados, o tratamento permanece incompleto, não sendo apropriado indicar apenas acompanhamento, mesmo diante de uma ressonância magnética normal.

Dessa forma, verifica-se que:

- a **alternativa A** é incorreta por propor acompanhamento em uma paciente que ainda necessita de **ooforectomia bilateral**;
- a **alternativa B** é incorreta por associar corretamente a necessidade de ooforectomia à realização obrigatória de **linfadenectomia pélvica e para-aórtica**, conduta que não é respaldada pelos critérios de Mayo para tumores de baixo risco.

Assim, por inexistir alternativa que represente adequadamente a conduta preconizada pelas principais diretrizes internacionais, **requer-se a anulação da questão.**

Referências

- NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Uterine Neoplasms. Versão mais recente.*
- CONCENSO ESGO/ESTRO/ESP. *Endometrial Cancer: Guidelines for Management of Patients with Endometrial Carcinoma. International Journal of Gynecological Cancer, 2023.*
- MARIANI, A. et al. *Prospective assessment of lymphatic dissemination in endometrial cancer: a paradigm shift in surgical staging. Gynecologic Oncology, 2008. (Critérios de Mayo).*

O PRÓXIMO PASSO RUMO AO TEGO COMEÇA AGORA!

Aproveite condições exclusivas para continuar sua preparação com o Extensivo TEGO e o Hands On.

Hands On

Tudo o que você precisa para a prova prática, em um só programa.

- ✓ Modalidades Online, Presencial ou Combo
- ✓ Simulações no padrão da banca
- ✓ Estações OSCE e treinamento prático
- ✓ Casos clínicos e procedimentos fundamentais
- ✓ Feedback dos especialistas MedCof GO
- ✓ Material exclusivo e metodologia voltada para a aprovação

Extensivo TEGO ELITE

A preparação completa para conquistar o Título de Especialista.

- ✓ Cronograma estruturado para estudar com consistência até a prova.
- ✓ Mais de 100 aulas com especialistas e conteúdos direcionados ao TEGO.
- ✓ QBank com mais de 1.000 questões comentadas no padrão da banca.
- ✓ Simulados autorais, flashcards e ferramentas de revisão inteligente.
- ✓ Mentorias coletivas e acompanhamento da coordenação do curso.
- ✓ Ecossistema MedCof: CofExpress, MedCof Plus e materiais impressos exclusivos.

**CLIQUE AQUI PARA
GARANTIR R\$ 700 OFF**