

Curso Preparatório para
Prova de Título de Especialista em

ONCOLOGIA CLÍNICA

Edição 2022

Provas comentadas

Curso Preparatório para
Prova de Título de Especialista em

ONCOLOGIA CLÍNICA

Edição 2022

Provas comentadas



RJ Estrada do Bananal, 56 - Jacarepaguá - Rio de Janeiro - RJ - (21) 2425-8878

SP (11) 97269-9516

www.universodoc.com.br | atendimento@universodoc.com.br



CEO

Renato Gregório

Gerente comercial

Sâmya Nascimento

Gerentes editoriais

Marcello Manes e Thamires Cardoso

Coordenador médico

Guilherme Sargentelli (CRM: 541480-RJ)

Coordenadora de Pró-DOC

Alice Selles

Marketing

Heryka Nascimento e Lucas Barroso

Revisora

Camila Moraes

Designers gráficos

André Giordano, Douglas Almeida, Mariana Matos e Monica Mendes

Projetos Especiais

Bruno Aires e Thaís Novais

Gerentes de relacionamento

Fabiana Costa, Karina Maganhini e Thiago Garcia

Assistente comercial

Jessica Oliveira

Produção gráfica

Abraão Araújo, Sabrina Silva e Viviane Telles

De Marchi, Pedro; Ferreira, Carlos Gil; Ferrari, Bruno (eds.).

Curso Preparatório para Prova de Título de Especialista em Oncologia Clínica - Provas comentadas / Pedro De Marchi, Carlos Gil Ferreira, Bruno Ferrari et al. - Rio de Janeiro: DOC, 2022.

ISBN 978-65-87679-85-3 (coleção impressa)

ISBN 978-65-87679-71-6 (volume impresso)

1. Curso Preparatório para Prova de Título de Especialista em Oncologia Clínica - Provas comentadas. I. Marchi, Pedro (ed.); II. Ferreira, Carlos Gil (ed.); III. Ferrari, Bruno (ed.);

CDD-616.006

Reservados todos os direitos. É proibida a reprodução ou duplicação deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia ou outros), sem permissão expressa dos autores. Direitos reservados aos autores.

EDITORES



Pedro De Marchi

Coordenador médico do Instituto Oncoclínicas; líder da especialidade de Cabeça e Pescoço (CP) da Oncoclínicas; coordenador adjunto do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Oncoclínicas; médico oncologista de CP e tórax da Oncoclínicas RJ; mestre e doutor em oncologia; membro diretor do GBCP (Grupo Brasileiro de Câncer de Cabeça e Pescoço); membro fundador do GTOP (Grupo Translacional de Oncologia Pulmonar); membro da SBOC (Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica), IALSC (International Association for the Study of Lung Cancer), LACOG (Latin American Cooperative Oncology Group) e GBOT (Grupo Brasileiro de Oncologia Torácica)



Carlos Gil Ferreira

Presidente do Instituto Oncoclínicas; CMO do Grupo Oncoclínicas; membro do Board da International Association for the Research and Treatment of Lung Cancer (IALSC); membro dos Boards da Americas Health Foundation (AHF) e International Network for Cancer Treatment and Research (INCTR) – braço no Brasil



Bruno Ferrari

Presidente do Conselho de Administração do Grupo Oncoclínicas; médico oncologista do Oncocentro Belo Horizonte; membro do Comitê de Clinical Guidelines da ASCO (American Society of Clinical Oncology) e da Stanford Alumni Association (Stanford University Graduate School of Business)

Bruno Lemos Ferrari

Fundador e Presidente do Conselho Administrativo do Grupo Oncoclínicas

Carlos Gil Ferreira

Presidente do Instituto Oncoclínicas

Pedro De Marchi

Coordenador Médico do Instituto Oncoclínicas

Sérgio Azevedo

Coordenador do Comitê de Educação e Ensino (CEE) do Instituto Oncoclínicas

Eduardo Maluf

Gerente Executivo de Ensino do Instituto Oncoclínicas

Coordenação do curso

Pedro De Marchi

Coordenador geral do Curso OC-TEOC

Bernardo Garicochea

Coordenador do módulo Oncogenética

Bruna David

Coordenadora do módulo Sarcoma

Bruno Protasio

Coordenador do módulo Emergências oncológicas, Cirurgias Oncológicas e Radioterapia

Carla Boquimpani

Coordenadora do módulo Neoplasias Hematológicas

Carolina Fittipaldi

Coordenadora do módulo Tumores do Sistema Nervoso Central

Diocesio Andrade

Coordenador do módulo Tumores Ginecológicos

Mariana Laloni

Coordenadora do módulo Tumores Torácicos

Mariane Fontes Dias

Coordenadora do módulo Tumores Geniturinários

Mariano Zalis

Coordenador do módulo de Diagnóstico de Precisão

Max Mano

Coordenador do módulo Tumores da Mama

Pedro De Marchi

Coordenador do módulo Tumores de Cabeça e Pescoço

Pedro Liedke

Coordenador do módulo Epidemiologia, Sistema de Saúde do Brasil e Pesquisa Clínica

Renata D'Alpino

Coordenadora do módulo Tumores Gastrointestinais

Rodrigo Perez Pereira

Coordenador do módulo Tumores da Pele

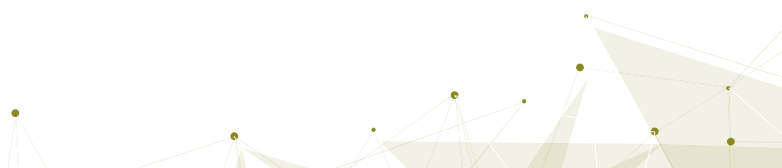
Sarah Ananda

Coordenadora do módulo Cuidados Paliativos e Oncogeriatría



SUMÁRIO

11	Parte I - TEOC 2021
55	Gabarito TEOC 2021
56	Questões comentadas
141	Parte II - TEOC 2020
187	Gabarito TEOC 2020
188	Questões comentadas
257	Parte III - TEOC 2019
303	Gabarito TEOC 2019
304	Questões comentadas



PREFÁCIO

A educação vem ganhando cada vez mais espaço em uma sociedade que anseia conhecer, inovar e se desenvolver. No campo da Saúde, percebe-se o grande interesse em aprimorar tratamentos, diagnosticar com mais precisão e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Pensando nisso, apresentamos a segunda edição do **Curso Preparatório para Prova de Título de Especialista em Oncologia Clínica – OC-TEOC**, atualizada, revisada e pronta para atender aos anseios daqueles que buscam excelência dentro da Oncologia.

Como grande desafio, tivemos a busca dos trabalhos mais relevantes que foram publicados ou apresentados, para entregar o que há de mais atual no conhecimento científico. Nosso corpo clínico, juntamente com a equipe acadêmica do Instituto Oncoclínicas, traz nessa edição mais conhecimento e mais qualidade, com intenção de integrar conhecimento e prática, e tornar o processo de ensino e de aprendizagem dinâmico, interativo e atraente.

O OC-TEOC é um curso completo, inovador, flexível e com abordagem pedagógica que se propõe a contribuir efetivamente com o processo de aprendizagem. Está organizado em áreas temáticas da Oncologia: tumores da mama, do trato geniturinário, do trato gastrointestinal, ginecológicos, de pele, do sistema nervoso central (SNC), de cabeça e pescoço e torácicos, além das neoplasias hematológicas. Abrange também as áreas de pesquisa clínica, sistema de saúde do Brasil, cuidados paliativos, Oncogeriatría, diagnóstico de precisão, Oncogenética, emergências oncológicas e conceitos de cirurgia e de radioterapia.



Esse é mais um projeto que entregamos à sociedade médica e às equipes multidisciplinares com a sensação de dever cumprido. O resultado obtido com a primeira edição do curso foi surpreendente: foram mais de 800 inscritos e mais de 60% de aprovados na prova de título de especialista em Oncologia Clínica (TEOC). Esse sucesso é fruto de um trabalho em equipe e segue o compromisso do Instituto Oncoclínicas de levar para a sociedade o que há de mais importante, recente e inovador no tratamento oncológico.

Rio de Janeiro, inverno de 2022

Dr. Carlos Gil Ferreira – Presidente do Instituto Oncoclínicas
Dr. Pedro De Marchi – Coordenador Médico do Instituto Oncoclínicas
Professor Eduardo Mendes Maluf – Gerente Executivo de Ensino
Maria Guiomar Benuto Frastorne – Especialista de Ensino
Yuri Arnaldo de Abreu – Secretario Acadêmico
João Paulo de Almeida – Analista Administrativo II
Vitor Alexandre Sotelo da Silva Lopes – Analista Administrativo II
Vinicius de Oliveira Bartole – Analista Administrativo II



PARTE I

TEOC 2021

01. O perfil molecular é essencial para a definição da terapia-alvo em câncer de pulmão. Além disso, é sabido que existem associações entre subtipos histológicos e alterações moleculares ativadoras. Sobre essa assertiva, assinale a associação correta.

- (A) Carcinoma sarcomatoide – MET.
- (B) Carcinoma lepidico – KRAS.
- (C) Carcinoma mucinoso – ROS1.
- (D) Carcinoma escamoso – RET.

02. Paciente do sexo masculino de 67 anos de idade, tabagista e hipertenso, procura oncologista após receber o resultado do anatomo-patológico de ressecção transuretral de lesão de bexiga, mostrando carcinoma urotelial músculo invasivo. As tomografias de tórax, abdômen e pelve mostram lesão metastática em pulmão e linfonodos retroperitoneais. O paciente tem boa performance (ECOG 0) e os exames laboratoriais não mostram qualquer disfunção orgânica importante. O *clearance* de creatinina atual é de 48ml/min. Qual o melhor tratamento para esse paciente?

- (A) Quimioterapia baseada em cisplatina por quatro a seis ciclos, seguida de observação.
- (B) Quimioterapia baseada em carboplatina por quatro a seis ciclos, seguida de observação.
- (C) Quimioterapia baseada em cisplatina por quatro a seis ciclos, seguida de imunoterapia de manutenção.
- (D) Quimioterapia baseada em carboplatina por quatro a seis ciclos, seguida de imunoterapia de manutenção.

03. Paciente de 30 anos, nulípara, com queixa de dor pélvica, procura pronto-atendimento. Ao exame inicial, apresenta-se com dor ao toque vaginal, sendo evidenciada lesão palpável ao toque bimanual em topografia de anexo direito. Exame especular sem alterações. Ultrassonografia pélvica por via transvaginal evidencia lesão sólido-cística complexa com áreas sugestivas de hemorragia intralesional, medindo cerca de 20cm. Beta-HCG e alfafetoproteína normais. DHL elevado. Paciente submetida à salpingo-ooforectomia direita, com ressecção de lesões em peritônio pélvico e omentectomia. Estádio FIGO 2018 IIB e ausência de tumor residual macroscópico. Resultado anatomopatológico: disgerminoma. Baseando-se nas principais diretrizes atuais, como NCCN e ESMO, assinale a alternativa que apresenta a conduta correta nesse caso.

- 
- (A) A paciente deverá ser submetida à complementação cirúrgica oncológica (realização de histerectomia e salpingo-ooforectomia esquerda), pois, pelo estadiamento avançado, não deve ser considerada preservação de fertilidade.
- (B) A paciente deverá receber tratamento adjuvante com esquema carboplatina e paclitaxel por seis ciclos.
- (C) A paciente deverá receber tratamento adjuvante com esquema BEP (bleomicina, etoposídeo e cisplatina) por três a quatro ciclos.
- (D) A paciente não deve receber tratamento adjuvante por se tratar de uma histologia de excelente prognóstico.

04. Em um subgrupo de pacientes com câncer de mama inicial, painéis genômicos podem ser realizados com o intuito de melhor definir o risco de recorrência da doença, fornecendo importante informação para decidir a terapia adjuvante mais adequada. Qual subgrupo de pacientes se beneficia da estratégia mencionada e qual(is) painel(éis) genômico(s) é(são) capaz(es) de prever benefício com a quimioterapia adjuvante?

- (A) Pacientes com câncer de mama com forte expressão de receptores hormonais e HER-2 positivo (+3 na imuno-histoquímica ou FISH); PAM50.
- (B) Pacientes com câncer de mama triplo-negativo, axila positiva ou negativa; Endopredict.
- (C) Pacientes com câncer de mama com expressão de receptores hormonais, HER2- negativo, axila negativa; Oncotype DX.
- (D) Pacientes com câncer de mama com fraca expressão de receptores hormonais e HER-2 com baixa expressão (+1 ou +2 na imuno-histoquímica); MamaPrint.

05. Paciente do sexo masculino de 52 anos, ex-tabagista, notou lesão em borda lateral da língua direita há três meses, com gradual crescimento. Refere sangramento de pequena monta dessa lesão ao escovar os dentes. Nega dor, disartria ou disfagia, perda de peso ou fadiga. O índice de desempenho pela escala ECOG é zero. Procurou atendimento médico com cirurgião de cabeça e pescoço, que, ao exame físico, notou uma lesão ulcerada medindo 1,8cm na maior extensão, endurecida, na borda lateral anterior da língua direita, sem alteração da mobilidade da língua. Não foram evidenciadas adenomegalias cervicais à palpação. Foi realizada uma biópsia da língua no consultório, que revelou um carcinoma de células escamosas, com profundidade de invasão estimada de 5mm. A tomografia de cabeça e pescoço não conseguiu visualizar a lesão devido à presença de artefatos. Linfonodos cervicais estavam dentro do padrão da normalidade. Avaliação pré-operatória revelou

baixo risco cirúrgico. Qual das seguintes estratégias recomenda-se para esse paciente?

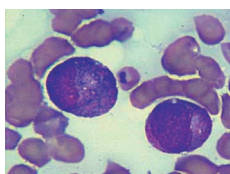
(A) Realização de PET-CT para avaliação de linfonodo-sentinela, seguido de glossectomia parcial e biópsia excisional de qualquer linfonodo captante e exame anatomopatológico de congelação.

(B) Não há necessidade de qualquer exame complementar; proceder com glossectomia parcial e dissecação linfonodal cervical direita eletiva.

(C) Realização de PET-CT, seguido de glossectomia parcial; realizar dissecação linfonodal cervical somente se PET-CT positivo nos linfonodos do pescoço.

(D) Não há necessidade de PET-CT; prosseguir com glossectomia parcial e reavaliação periódica dos linfonodos cervicais com ultrassonografia de pescoço a cada três meses por dois anos.

06. Paciente do sexo feminino de 26 anos, grávida de 38 semanas, foi internada por infecção do trato urinário havia sete dias e tratada com gentamicina e dipirona. No sétimo dia do tratamento, entrou em trabalho de parto espontâneo, com resolução da gravidez. No dia seguinte, houve piora do quadro infeccioso, com sepse, coagulação intravascular disseminada e pancitopenia. Antibioticoterapia foi escalonada para cefepime, com desaparecimento da febre e melhora parcial do hemograma, mas se mantendo leucopênica. Hemograma: hemoglobina 14g/dl; leucócitos 1.200/ μ l; neutrófilos 100/ μ l; plaquetas 14.200/ μ l. Com a manutenção da leucopenia por quatro dias, foi realizada punção da medula óssea, com 22% de células com a morfologia a seguir:



A análise por citometria de fluxo evidenciou fenótipo negativo para CD34, HLA-DR e CD117 e positivo para CD11b. O diagnóstico mais provável é:

(A) Leucemia promielocítica aguda.

(B) Síndrome mielodisplásica.

(C) Agranulocitose induzida por droga.

(D) Síndrome de Shwachman-Diamond.



07. O risco de desenvolver câncer de mama em mulheres ao longo da vida pode ser estratificado como habitual (< 15%), moderado (15% a 20%) ou alto (> 20%). Os *guidelines* nacionais e internacionais divergem quanto à idade de início e à periodicidade do rastreamento com mamografia em mulheres no grupo de risco habitual. No Brasil, curiosamente, há uma lei que determina a idade a partir da qual todas as mulheres devem fazer mamografia (lei 11.664, de 29 de abril de 2008). No entanto, a recomendação do Ministério da Saúde para o início e para a periodicidade do rastreamento para mulheres com risco habitual para câncer de mama diverge da prevista em lei e da recomendação conjunta da Sociedade Brasileira de Mastologia, do Colégio Brasileiro de Radiologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Em mulheres consideradas de risco habitual para câncer de mama, qual a recomendação do Ministério da Saúde quanto à idade para início do rastreamento com mamografia e para a periodicidade do exame?

- (A) 35 anos; repetir anualmente.
- (B) 40 anos; repetir anualmente.
- (C) 45 anos; repetir a cada dois anos.
- (D) 50 anos; repetir a cada dois anos.

08. Paciente do sexo feminino de 60 anos, ECOG-PS 0, é diagnosticada com adenocarcinoma de pulmão, TTF1+, p40 negativo, por meio de biópsia percutânea de nódulo pulmonar encontrado em exame de check-up. Encontram-se também numerosos implantes pulmonares secundários. Após testagem molecular, foi encontrada uma fusão EML4-ALK, sem outras mutações *driver*. O PDL-1 foi positivo, de 100%. Qual a melhor opção de primeira linha?

- (A) Pembrolizumabe.
- (B) Crizotinibe.
- (C) Alectinibe.
- (D) Carboplatina-paclitaxel-bevacizumabe-atezolizumabe.

09. Paciente do sexo masculino de 84 anos, tabagista 40 anos-maço, em controle de HAS, DPOC e IRC (CICr 30ml/min), realiza TC de tórax devido à piora da tosse, hemoptise e perda ponderal de aproximadamente 5%. Além de sinais de enfisema, são encontrados uma lesão espiculada de 4,6cm em lobo inferior direito, linfonodomegalias e implantes secundários pulmonares bilaterais. Biópsia percutânea confirma diagnóstico de adenocarcinoma, com PDL-1 positivo 40% (22C3) e sem alterações moleculares. Qual o tratamento sistêmico mais recomendado?

- (A) Pembrolizumabe isolado.
- (B) Carboplatina-pemetrexede.
- (C) Carboplatina-pemetrexede-pembrolizumabe.
- (D) Carboplatina-paclitaxel-bevacizumabe-atezolizumabe.

10. Paciente do sexo masculino de 48 anos com diagnóstico de linfoma não Hodgkin subtipo MALT, *Helicobacter pylori* positivo. O paciente contou que, após pesquisa no Google, soube que esse tipo de linfoma pode ser tratado com antibióticos para o *H. pylori*. Qual o melhor exame que corrobora apenas a indicação de antibióticos no tratamento do linfoma MALT gástrico *H. pylori* positivo?

- (A) PET-CT oncológico.
- (B) Ecoendoscopia.
- (C) Biópsia de medula óssea.
- (D) Imunofenotipagem das células do lavado gástrico.

11. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) foi criada pela lei 12.401, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde (MS) nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica. Para que o processo de avaliação de tecnologias em Saúde seja instaurado junto à Conitec, é solicitado que um demandante apresente dados objetivos, em uma proposta formal. Assinale a alternativa que apresenta um dos pré-requisitos obrigatórios em uma proposta para avaliação de um novo medicamento para a Conitec.

- (A) Dados de registro do medicamento na Anvisa, FDA e EMEA.
- (B) Análise de custo-efetividade e impacto orçamentário.
- (C) Parecer técnico-científico elaborado por uma instituição vinculada ao REBRATS.
- (D) Sugestão de um preço-alvo para viabilidade da incorporação.

12. Paciente do sexo feminino de 39 anos, nulípara, palpou nódulo em mama esquerda e procurou ginecologista. A paciente não tinha outros sintomas. Mamografia e ultrassonografia mamárias confirmaram nódulo de 3,5cm em quadrante superolateral (QSL) da mama esquerda, com linfonodos atípicos em axila esquerda. Ao exame físico, foi palpada



área nodular de 4cm em QSL da mama E, linfonodo axilar (N1) e houve palpação de linfonodo supraclavicular esquerdo com < 1cm. A biópsia por agulha grossa do nódulo da mama mostrou tratar-se de carcinoma invasor, grau 3, com o seguinte perfil de imuno-histoquímica: RE negativo, RP negativo, HER-2 positivo (3+), ki-67 de 50%. Quais exames de imagem devem fazer parte do estadiamento dessa paciente?

(A) A palpação de linfonodo supraclavicular indica estágio IV. Complementar com tomografias e cintilografia óssea.

(B) Deve-se solicitar ultrassonografia (US) de abdômen superior, tomografia de tórax e cintilografia óssea.

(C) Tomografias do tórax e abdômen, cintilografia óssea; caso haja disponibilidade, podem ser substituídos por PET-CT.

(D) PET-CT e ressonância magnética (RM) de crânio são obrigatórios, mesmo em paciente assintomática do ponto de vista neurológico.

13. Paciente de 70 anos é internada com quadro de distensão abdominal e dispepsia de início há quatro meses. Exames de imagem evidenciam volumosa ascite, carcinomatose peritoneal, massa omental e lesão anexial esquerda sólido-cística medindo 10cm. Demais exames, como EDA e colonoscopia, sem alterações. A paciente é submetida à video-laparoscopia diagnóstica com biópsia de uma das massas, cujo anatomopatológico evidencia carcinoma seroso de alto grau. No hospital, foi realizado painel genético germinativo para pesquisa de síndrome mama-ovário, sendo evidenciada variante provavelmente patogênica em BRCA-1, e a paciente iniciou tratamento oncológico. A paciente comparece para a consulta, acompanhada de sua filha, de 50 anos. Qual informação deve-se dar à paciente e a sua filha, respectivamente, em relação ao status de BRCA-1 e aos tumores ginecológicos?

(A) A presença de variante provavelmente patogênica não interfere no prognóstico da paciente. A filha deverá seguir com geneticista e acompanhar possível reclassificação da mutação para conduta adicional, caso se torne patogênica.

(B) A presença de variante provavelmente patogênica confere melhor sobrevida livre de progressão à paciente. Nessa idade, o risco de câncer de ovário para a filha não se eleva.

(C) A presença de variante, provavelmente patogênica, confere menor intervalo livre de tratamento para a paciente. A filha deve realizar exame de rastreamento anual para câncer de ovário.

(D) A presença de variante, provavelmente patogênica, tem valor prognóstico, sendo preditora de melhor sobrevida global à paciente. A filha deve ser orientada quanto à necessidade de rastrear a mutação e aos procedimentos redutores de risco.

14. Paciente do sexo feminino de 71 anos, diagnosticada há cerca de 15 meses com carcinoma urotelial metastático para pulmão e ossos. A paciente recebeu tratamento inicial com cisplatina e gencitabina por seis ciclos, seguido de observação. Após progressão, recebeu tratamento de segunda linha com pembrolizumabe. Reestadiamento após o sexto ciclo de pembrolizumabe mostra nova progressão de doença em pulmão e linfonodos. Qual alteração molecular deveria ser pesquisada com o intuito de oferecer terapia-alvo para o carcinoma urotelial metastático politratado?

- (A) Mutação do EGFR.
- (B) Mutação do FGFR.
- (C) Mutação do VEGFR.
- (D) Mutação do PDGFR.

15. O câncer de pulmão é uma das neoplasias malignas com maior incidência, maior mortalidade e maior letalidade no Brasil e no mundo. Infelizmente, grande parte dos casos são diagnosticados em estágios mais avançados, quando as possibilidades de tratamento curativo são limitadas ou nulas. Nesse cenário, estratégias vêm sendo implementadas para diagnóstico mais precoce, com base nos resultados de importantes estudos, tais como NELSON e NLST, que avaliam o papel da prevenção secundária como meio de aumentar a chance de sobrevida câncer-específica. Com base nesses estudos, qual paciente deve ser incluído(a) em um programa de rastreamento com tomografia de tórax com baixa dose de radiação?

- (A) Mulher de 65 anos, sem comorbidades, tabagista ativa, 15 anos-maço.
- (B) Homem de 82 anos, hipertenso e diabético, ex-tabagista há 15 anos, 40 anos-maço.
- (C) Mulher de 70 anos, com câncer de intestino localizado e operado há quatro anos, tabagista ativa, 40 anos-maço.
- (D) Homem de 54 anos, hipertenso leve, tabagista ativo 30 anos-maço.

16. Atualmente, as operadoras de planos de saúde, dentro do sistema de saúde suplementar, necessitam ressarcir o SUS pelos procedimentos realizados por seus usuários. O §8º do artigo 32, da lei 9.656, de 1998, determina que os valores a serem ressarcidos não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS, e tampouco superiores aos praticados pelas operadoras de planos privados de atenção à saúde. Conforme previsto no §1º do mesmo artigo, esses valores devem estar previstos em tabela de procedimentos aprovados pela ANS. Qual é a tabela aprovada pela ANS e utilizada para referência e ressarcimento ao SUS?

- 
- (A) Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP).
 - (B) Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).
 - (C) Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC).
 - (D) Tabela Unificada da Saúde Suplementar (TUSS).

17. A toxicidade hepática pode ocorrer em até 20% dos pacientes em uso de inibidores de ponto de checagem imune, sendo a incidência diretamente dependente da resposta individual e do tipo de fármaco anticâncer utilizado no tratamento. Em relação à toxicidade hepática associada à imunoterapia, assinale a alternativa incorreta.

- (A) A maioria dos pacientes apresenta apenas elevação das transaminases hepáticas, sem sintomas clínicos associados.
- (B) A combinação de inibidores de ponto de checagem imune anti-PD-1, anti-PDL-1 e anti-CTLA-4 não foi associada a um aumento na incidência de hepatite graus 3 e 4.
- (C) Na presença de elevação das transaminases hepáticas, deve-se realizar investigação complementar de outras etiologias relacionadas à toxicidade hepática antes de atribuí-la à imunoterapia em uso.
- (D) O papel de agentes imunossupressores, como corticosteroides e azatioprina ainda não estão completamente elucidados, embora sejam comumente usados.

18. Paciente do sexo masculino de 45 anos, nove meses pós-transplante renal por doença policística renal, doador cadáver, teve o diagnóstico recente de linfoma difuso de grandes células B (doença linfoproliferativa pós-transplante, sigla DLPT), Epstein-Barr (EBV) positiva, estágio avançado. Está em uso de micofenolato mofetil e tacrolimus. Qual o tratamento mais adequado?

- (A) Suspensão dos imunossupressores até remissão completa do linfoma.
- (B) Suspensão dos imunossupressores e tratamento com R-CHOP.
- (C) Manutenção dos imunossupressores e tratamento com R-CHOP.
- (D) Manutenção dos imunossupressores e monoterapia com rituximabe.

19. Paciente do sexo masculino de 72 anos, branco, ex-fumante (carga tabágica de 15 anos-maço), hipertenso, com episódio de hemiparesia direita de início recente. Ressonância magnética de crânio revela três lesões: frontal direita de 2cm, parietal esquerda de 3cm e frontoparietal direita de 1,5cm. As lesões são isointensas em T1, com captação periférica de contraste, bem definidas e volumoso edema circunjacente,

visível, principalmente, na sequência FLAIR. O caso foi levado à reunião multidisciplinar para discussão. Qual a primeira hipótese diagnóstica?

- (A) Metástases cerebrais, especialmente de câncer de pulmão e melanoma.
- (B) Glioma de alto grau multicêntrico.
- (C) Glioma de baixo grau multicêntrico.
- (D) Metástases cerebrais, especialmente de câncer de próstata e laringe.

20. Paciente do sexo feminino de 35 anos teve diagnóstico de carcinoma ductal *in situ* em mama direita, receptores hormonais fortemente positivos, medindo 1,5cm. Já possui prole constituída. Possui o seguinte histórico familiar: irmão diagnosticado com osteossarcoma aos 28 anos e tia paterna diagnosticada com câncer de mama bilateral sincrônico aos 45 anos. Foi encaminhada para aconselhamento genético e submetida à avaliação molecular com painel germinativo de câncer hereditário, evidenciando variante patogênica no gene TP53. Sobre as estratégias terapêuticas e de rastreamento que melhor se adequam a essa paciente, é correto afirmar que:

- (A) Deve-se propor cirurgia conservadora seguida de hormonioterapia adjuvante com o objetivo de poupar a paciente da radioterapia.
- (B) Após cirurgia da mama, entre diversos outros exames, preconiza-se a realização de rastreamento intensivo com PET-CT uma vez ao ano.
- (C) Deve-se propor mastectomia bilateral redutora de risco com os objetivos de poupar a paciente da radioterapia e reduzir risco de novos tumores de mama.
- (D) Deve-se propor cirurgia conservadora seguida de radioterapia adjuvante e hormonioterapia adjuvante, já que a exposição à radioterapia é indiferente para essa paciente.

21. A dor crônica pode ser uma consequência negativa e séria da sobrevivência ao câncer. Embora as estimativas variem, a prevalência de dor em sobreviventes do câncer foi relatada como sendo de até 40%. Em relação a essa situação, assinale a alternativa correta.

- (A) É um problema relevante, mas altamente manejável graças à grande opção de medicamentos efetivos.
- (B) A terminologia, como tolerância, dependência, abuso e vício, não se aplica a pacientes oncológicos.
- (C) Deve-se ter cautela ao prescrever o uso concomitante de opioides e outros medicamentos de ação central, particularmente os benzodiazepínicos.
- (D) Não é pertinente, nessa população, dispender tempo abordando possíveis mitos sobre o uso de opioides.

22. Paciente de 58 anos iniciou quadro de emagrecimento, dor epigástrica e empachamento há dois meses, com piora progressiva. Iniciou investigação médica com exames laboratoriais, que mostraram elevação de PCR e anemia. Em seguida, realizou tomografia de abdômen total, que mostrou extensa lesão expansiva de 10cm por 8cm por 6cm, aparentemente em topografia retroperitoneal, em contato com a cabeça pancreática, sem sinais de invasão direta, deslocando parte do duodeno. A lesão apresenta íntima relação com os vasos (veia cava inferior e aorta). Antecedente de hipertensão arterial sistêmica. Antecedente familiar de avô com tumor de pâncreas aos 75 anos. A melhor estratégia de abordagem dessa lesão, levando em consideração os achados clínicos, radiológicos e hipótese diagnóstica, é:

- (A) Laparoscopia com biópsia incisional.
- (B) Laparotomia com biópsia incisional.
- (C) Biópsia percutânea guiada por TC.
- (D) Ressecção da lesão e posterior diagnóstico.

Leia o texto a seguir para responder às questões de números 23 e 24.

Comerciante de 62 anos, dono de bar, com histórico de tabagismo 35 anos-maço e consumo diário de álcool, apresenta disfagia progressiva e perda ponderal. Após consulta com o clínico geral, é realizada endoscopia digestiva alta, cujos laudo e imagem descrevem: lesão localizada a 14cm da arcada dentária superior, elevada e vegetante, que ocasiona o estreitamento da luz esofágica.



23. Para esse cenário clínico, qual a provável histologia e topografia do esôfago envolvida?

- (A) Carcinoma epidermoide, esôfago médio.
- (B) Carcinoma epidermoide, esôfago cervical.
- (C) Adenocarcinoma, esôfago médio.
- (D) Adenocarcinoma, esôfago distal.

24. O paciente descrito encontra-se em ECOG 1. Após confirmação histológica do padrão mais comumente relacionado a essa topografia e

a esses fatores de risco, deverá iniciar tratamento, uma vez que apresenta disfagia para sólidos. O estadiamento evidencia acometimento de linfonodos mediastinais regionais e ausência de lesões à distância. Qual o próximo passo terapêutico?

- (A) Inicialmente, passagem de prótese metálica para palição da disfagia.
- (B) Quimioterapia isolada.
- (C) Radioterapia para palição da disfagia.
- (D) Quimioterapia e radioterapia concomitantes.

25. Paciente do sexo masculino de 79 anos, economista, é diagnosticado com adenocarcinoma de pâncreas metastático para o fígado após iniciar uma investigação por perda de peso e dor abdominal. Ele tem HAS e psoríase controladas com captopril, hidroclorotiazida e corticoide tópico. Tomografia computadorizada de tórax e abdômen total demonstrou uma lesão de 3cm de diâmetro no corpo do pâncreas com invasão da veia esplênica e várias lesões hepáticas bilobares hipodensas, medindo até 3,5cm de diâmetro. O CA 19-9 é 647U/ml, fosfatase alcalina 254U/l, gama-GT 401U/l, mas demais exames laboratoriais, como hemograma, função renal e transaminases e bilirrubinas, estão dentro da normalidade. Ele apresenta mais fadiga do que o habitual, mas é independente, faz serviços de casa, escritório e suas compras de supermercado. A melhor escolha de tratamento nesse momento é:

- (A) Quimioterapia com GEMOX.
- (B) Quimioterapia com FOLFIRINOX.
- (C) Quimioterapia com gencitabina e nab-paclitaxel.
- (D) Instituir cuidados paliativos sem quimioterapia.

26. Paciente de 58 anos com diagnóstico de câncer endometriode de alto grau de ovário estágio FIGO II. Realizou tratamento cirúrgico (citorredução ótima) em 2018 e quimioterapia adjuvante com carboplatina e paclitaxel por seis ciclos. O painel genético demonstrou variante de significado indeterminado (VUS) em BRCA-2 em teste germinativo. Em janeiro de 2021, em avaliação por imagem, detectada massa pélvica à direita e aumento de CA125. Não detectada ascite nessa recidiva, e a paciente apresentava-se com *performance status* ECOG 0 à reavaliação. Em relação à condução desse caso, é correto afirmar que:

- (A) Citorredução secundária não deve ser considerada, visto que não há evidências de benefício em termos de sobrevida livre de progressão e/ou global nesse cenário.

(B) Para escolha do tratamento sistêmico, a presença de VUS em BRCA é de grande relevância.

(C) Paclitaxel, gencitabina ou doxorrubicina lipossomal são opções de combinações com platina nesse cenário.

(D) Deve ser indicada quimioterapia citotóxica em monoterapia por não haver evidência de superioridade de combinações nesse cenário.

27. Paciente do sexo masculino de 74 anos, advogado tributarista aposentado, procedente de Campinas, procura atendimento médico para a realização de avaliação de rotina. O mesmo apresentava história prévia de HAS, cardiopatia isquêmica, dislipidemia e intolerância à glicose. Devido a uma história de câncer na família, sempre realizou avaliações médicas com frequência. Irmão foi diagnosticado com câncer de próstata aos 69 anos, e mãe faleceu de câncer de mama aos 66 anos. Durante tal avaliação, foi identificado aumento de PSA (aumento de 3,44 para 6,43 no último ano). Foi encaminhado ao urologista, que realizou toque retal e identificou nódulo endurecido no lobo esquerdo da próstata. Ressonância multiparamétrica da próstata confirmou achado de exame físico sem identificar comprometimento de tecidos extraprostáticos. Solicitou-se biópsia transretal guiada por ultrassom, e foi diagnosticado com adenocarcinoma acinar usual de próstata Gleason 7 (3+4), comprometendo três de 12 fragmentos, com até 40% de comprometimento em um dos fragmentos. Após longa discussão sobre as possibilidades terapêuticas, paciente optou por realizar prostatectomia radical robótica. O procedimento ocorreu sem intercorrências e confirmou o diagnóstico de câncer de próstata com risco intermediário baixo, T2N0M0, previamente diagnosticado. O paciente permaneceu em seguimento, realizando consultas semestrais com dosagens de PSA, que atingiu níveis indetectáveis em sua primeira mensuração. No último controle de PSA, apresentou elevação do PSA com níveis de 0,09ng/ml para 0,18ng/ml. Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta.

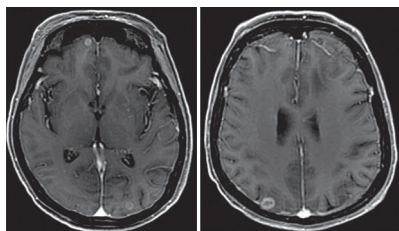
(A) Seguir acompanhamento clínico com dosagens de PSA.

(B) Solicitar PET-CT com PSMA.

(C) Recomendar radioterapia de salvamento.

(D) Iniciar agonista ou antagonista de LHRH.

28. Paciente do sexo feminino de 55 anos, não tabagista, com adenocarcinoma de pulmão metastático EGFR mutado (del19), apresenta tosse e cefaleia ao diagnóstico. Em ressonância de SNC, foram encontradas três lesões cerebrais medindo entre 10mm e 20mm, com edema perilesional.



Visando ao tratamento local dessas lesões, qual a melhor opção de tratamento?

- (A) Radioterapia de crânio total.
- (B) Radiocirurgia nas três lesões.
- (C) Neurocirurgia seguida de radiocirurgia.
- (D) Neurocirurgia seguida de radioterapia de crânio total.

29. Paciente de 69 anos, diagnosticado com câncer de próstata metastático há aproximadamente quatro anos. Apresentou doença predominantemente óssea de alto volume e não se evidenciou metástases viscerais. Iniciou tratamento com agonista de LHRH de forma isolada e, com tal tratamento, obteve redução de PSA maior que 50% e resposta radiológica, que persistiram por aproximadamente dois anos. Após esse período, apresentou elevação do PSA associada à dor óssea, sendo confirmada progressão de doença, agora resistente à castração. Iniciou tratamento com docetaxel 75mg/m² a cada 21 dias com melhora sintomática e queda do PSA. Agora, vem à consulta queixando-se de leves sintomas urinários obstrutivos, piora da dor óssea e aumento de PSA em duas medidas consecutivas em um intervalo de quatro semanas. Tomografias de reestadiamento revelaram adenomegalias pélvicas e paraórticas, e cintilografia óssea confirmou a progressão da doença. Confirmada a progressão de doença, a terapia mais adequada é:

- (A) Olaparibe 300mg por dia.
- (B) Abiraterona 1.000mg por dia + prednisona 5mg por dia.
- (C) Rádio-223 a cada 30 dias em um total de seis ciclos.
- (D) Carboplatina AUC-5 + docetaxel 75mg/m² a cada 21 dias.

30. Uma mãe comparece com seus dois filhos à Unidade Básica de Saúde, para esclarecimentos em relação à vacinação contra o HPV. Sua filha tem 13 anos e o seu filho, 12 anos. Ambos saudáveis e sem comorbidades. Assinale a alternativa correta sobre a prevenção de doenças HPV associadas.

(A) Conforme recomendações do Ministério da Saúde, a vacinação anti-HPV é recomendada em duas doses para meninas entre 9 e 14 anos e para meninos entre 11 e 14 anos, imunocompetentes, sendo a segunda dose seis meses após a primeira.

(B) No Brasil, está disponível a vacina bivalente, que protege contra os subtipos 16 e 18 do HPV, responsáveis por aproximadamente 50% dos casos de câncer de colo uterino.

(C) Conforme o protocolo de rastreamento do câncer de colo do útero do Ministério da Saúde, toda mulher imunocompetente que tem ou já teve vida sexual ativa e que está entre 25 e 64 anos de idade deve realizar o exame de colpocitologia oncótica anualmente.

(D) Mulheres vacinadas podem se abster do programa de rastreamento para câncer de colo uterino do Ministério da Saúde, uma vez que já estão protegidas da infecção pelo HPV.

31. Paciente do sexo masculino de 56 anos, dentista, foi diagnosticado com adenocarcinoma de cólon descendente e, nos exames de estadiamento, não foram detectadas metástases sistêmicas. Exames laboratoriais estavam todos dentro dos limites normais, inclusive o antígeno carcinoembrionário (CEA). O paciente foi submetido à hemicolectomia, e o anatomopatológico revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, que penetrava a muscular própria e o tecido pericólico, com um linfonodo comprometido por neoplasia dentro de 21 examinados. O paciente está recuperado da cirurgia, fisicamente ativo, e a única comorbidade é hipertensão arterial sistêmica controlada com anlodipino. A melhor alternativa de tratamento adjuvante para esse paciente é:

(A) FOLFOX (5-fluorouracil e oxaliplatina) por seis meses.

(B) CAPOX (capecitabina e oxaliplatina) por três meses.

(C) FOLFOX (5-fluorouracil e oxaliplatina) por três meses.

(D) CAPOX (capecitabina e oxaliplatina) por seis meses.

32. Entre os subtipos histológicos de câncer de mama invasivo, o mais comum é o carcinoma invasivo de tipo não especial, que constitui, aproximadamente, 75% de todos os cânceres de mama invasivos. Tipos especiais de câncer de mama representam os demais 25% dos casos. A diferenciação de subtipos moleculares, que orienta a proposta terapêutica, ainda hoje é realizada utilizando-se o padrão da imuno-histoquímica, existindo padrões mais frequentes de correlação entre o tipo histológico especial e a imuno-histoquímica. Assinale a alternativa que apresenta a correta associação entre padrão de imuno-histoquímica habitual e tipo histológico.

- (A) Carcinoma metaplásico: receptores hormonais negativos, HER-2 positivo.
- (B) Carcinoma papilífero: receptores hormonais com alta expressão, HER-2 negativo.
- (C) Carcinoma secretório: receptores hormonais negativos, HER-2 positivo.
- (D) Carcinoma apócrino: receptores hormonais com alta expressão, HER-2 negativo.

33. Paciente do sexo masculino de 45 anos, não tabagista e não etilista, com histórico de lesão em face lateral esquerda da língua com crescimento progressivo nos últimos seis meses, associado ao aparecimento de linfonodomegalia no pescoço à esquerda nos últimos dois meses. Biópsia da lesão revelou carcinoma de células escamosas e exames de imagem descartaram metástases à distância. Frente ao estágio clínico da doença cT2N2aM0, paciente foi submetido à cirurgia de glossectomia parcial e esvaziamento cervical esquerdo dos níveis I a IV. Anatomopatológico revelou a presença de extensão extracapsular, sendo realizado tratamento adjuvante com radioterapia concomitante à cisplatina semanal por seis ciclos. Exames de seguimento por três meses após o término da radioterapia revelaram a presença de metástases pulmonares – três lesões de até 3cm – confirmadas por biópsia. Com base na melhor evidência científica, qual seria a conduta nesse caso?

- (A) Ressecção das lesões pulmonares.
- (B) Pesquisa de PDL-1 na biópsia pulmonar.
- (C) Início de tratamento com nivolumabe.
- (D) Platina + 5-FU + pembrolizumabe.

34. Paciente de 35 anos, com episódio de crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Ressonância magnética de crânio revela lesão frontal direita, medindo aproximadamente 3cm, hipointensa em T1 e hiperintensa em T2, com calcificações, sem captação de contraste. Após ressecção macroscópica total, o laudo histopatológico descreve um glioma difuso de grau II da OMS, com o seguinte padrão de imuno-histoquímica: IDH1-R132H positivo (mutado), ATRX positivo (não mutado), p53 com expressão fraca. Qual o próximo teste indicado para a investigação diagnóstica?

- (A) Pesquisa de metilação do promotor de MGMT.
- (B) Sequenciamento de IDH1 e IDH2.
- (C) Pesquisa de codeleção 1p19q.
- (D) Imuno-histoquímica para ki-67.



35. Recentemente, no encontro anual da Sociedade Americana de Oncologia (ASCO), o estudo Olympiia demonstrou um aumento significativo da sobrevida livre de doença invasiva em três anos para pacientes com câncer de mama e portadora de variantes patogênicas ou provavelmente patogênicas nos genes BRCA-1 ou BRCA-2 tratados na adjuvância com olaparibe, comparados ao grupo que recebeu placebo (85,9% *versus* 77,1%). Diante desses achados, com relação ao desfecho de sobrevida livre de doença invasiva, pode-se afirmar que:

- (A) A redução do risco relativo com a adição de olaparibe é de 8,8%.
- (B) O número necessário para tratamento a fim de alcançar esse desfecho é de 90,1 pacientes.
- (C) O número necessário para tratamento a fim de alcançar esse desfecho é de 11,4 pacientes.
- (D) A redução do risco absoluto com a adição de olaparibe é de 1,11%.

36. Durante a condução de um estudo clínico envolvendo pacientes com câncer de mama triplo-negativo, o investigador principal percebe que um dos pacientes participantes no seu centro de pesquisa foi indevidamente incluído no estudo, pois apresentava um critério de exclusão definido no protocolo. Nesse cenário, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente deve seguir o tratamento, pois seus dados serão utilizados para análise de eficácia e segurança da medicação conforme protocolo.
- (B) O investigador deve comunicar o paciente, o patrocinador e o comitê de ética em pesquisa sobre a inclusão indevida e solicitar autorização para continuar o tratamento.
- (C) Tal evento é considerado um desvio de protocolo menor, e o paciente pode seguir no estudo clínico após ser informado do ocorrido.
- (D) O paciente deverá assinar o termo de consentimento novamente, no qual consta a não conformidade com os critérios do estudo, para continuar recebendo a medicação.

37. Os inibidores de *checkpoint* imunológico (ICI), particularmente os anti-CTLA4 e anti-PDL-1, revolucionaram o tratamento de vários tipos de câncer, inaugurando uma nova era no tratamento oncológico. Tumores que historicamente tinham opções limitadas de tratamento, por exemplo, o melanoma metastático, tornaram-se doenças tratáveis com o advento dessas medicações. Apesar do grande avanço, vários desafios ainda persistem, por exemplo, o fato de que apenas uma minoria dos pacientes se beneficia de tratamentos com ICIs. Nesse contexto, a identificação de biomarcadores preditivos de resposta à imunoterapia

com ICIs é desejável. Assinale a alternativa que não descreve um preditor de resposta favorável à imunoterapia com ICIs.

- (A) Carga mutacional tumoral (*tumor mutational burden* – TMB) alta.
- (B) Expressão alta de PDL-1 nas células tumorais.
- (C) Presença de estabilidade de microssatélites.
- (D) Alta expressão de genes relacionados ao interferon-gama.

38. Segundo Hurria *et al* (JCO; 2016), o modelo de avaliação de risco de quimiotoxicidade para pacientes idosos (CARG SCORE) leva em consideração os seguintes fatores:

- (A) Função renal, autonomia para tomada de medicação, ECOG, dose das drogas do esquema de quimioterapia e quedas.
- (B) Quedas, função renal, KPS, número de drogas utilizadas no esquema de quimioterapia e perda auditiva.
- (C) Anemia (mulher < 10; homem < 11), hipoacusia, número de drogas utilizadas no esquema de quimioterapia, idade acima de 72 anos e função renal.
- (D) Dose das drogas do esquema de quimioterapia, perda auditiva, autonomia para tomada de medicação, PCR e VHS e anemia (mulher < 10; homem < 11).

39. Sobre a técnica do linfonodo sentinela, pode-se afirmar que:

- (A) A utilização do azul de metileno e de tecnécio é o padrão-ouro para aumentar a taxa de detecção.
- (B) Pesquisa de LN sentinela não se tornou padrão em endométrio pela baixa taxa de detecção e pela baixa taxa de migração bilateral.
- (C) Em câncer de colo uterino, havendo migração apenas para um dos lados, a linfadenectomia do outro lado pode ser omitida.
- (D) Quando apenas um linfonodo sentinela é positivo após cirurgia conservadora, a linfadenectomia pode ser omitida para pacientes com câncer de mama.

40. Paciente do sexo masculino de 62 anos, tabagista ativo, 30 anos-maço. Há três meses apresenta tosse seca, emagrecimento e dispneia. Investigação com tomografia evidenciou massa hilar E, com aproximadamente 5,8cm por 4cm, além de linfonodomegalias mediastinais bilaterais. PET-CT confirmou os achados da tomografia, sem outras lesões suspeitas. Submetido à mediastinoscopia, revela-se linfonodo paratraqueal à direita positivo para carcinoma de pulmão de pequenas células. Ressonância magnética de crânio mostrou apenas angiopatia discreta. Qual a melhor opção de tratamento nesse cenário?

- (A) Etoposídeo e platina + RT concomitante.

- (B) Etoposídeo e platina + RT sequencial.
- (C) Etoposídeo e platina + atezolizumabe.
- (D) Etoposídeo e platina + RT seguido de durvalumabe.

41. Paciente do sexo masculino de 64 anos de idade, ex-tabagista, relata quadro de hematúria macroscópica há dois meses. Investigação com ultrassonografia das vias urinárias mostrou lesão vegetante na bexiga. Há quatro semanas, o paciente foi submetido à cistoscopia com ressecção transuretral (RTU) da lesão. O anatomopatológico mostrou: lesão única de 2,8cm; carcinoma urotelial papilífero, com invasão da lâmina própria; camada muscular representada e sem evidência de acometimento de doença; ausência de carcinoma *in situ* na amostra. Qual a melhor conduta para esse paciente nesse momento?

- (A) Observação e seguimento.
- (B) Terapia adjuvante intravesical com BCG ou gencitabina.
- (C) Repetição à RTU.
- (D) Cistectomia, por se tratar de doença invasiva na lâmina própria.

42. Paciente de 67 anos, *performance status* 1, com história de desconforto e aumento do volume abdominal há 12 meses. Realizou tomografia de abdômen, que evidenciou volumosa massa anexial complexa de 15cm, ascite de moderado volume e sinais de implantes peritoneais em andar superior do abdômen. Foi realizada biópsia de implante peritoneal, cujo laudo anatomopatológico revelou carcinoma seroso de alto grau compatível com neoplasia primária de ovário. A paciente foi encaminhada ao médico para avaliação. A respeito do caso, assinale a alternativa correta.

- (A) A paciente deverá ser reencaminhada para o cirurgião oncológico com intuito de avaliação de ressecabilidade e operabilidade. Nesse caso, por se tratar de doença inicial (FIGO II), a cirurgia compreende histerectomia, salpingo-ooforectomia, omentectomia, linfadenectomia pélvica e retroperitoneal, lavado peritoneal e biópsias peritoneais randômicas.
- (B) No caso de doença irresssecável ou paciente inoperável, a quimioterapia neoadjuvante deve ser indicada, pois, em estudos randomizados de fase III, apresentou menor morbidade e sobrevida global semelhante à citorredução primária.
- (C) Pacientes com estádios III e IV e linfonodos retroperitoneais macroscopicamente normais (em imagem e intraoperatório) necessitam realizar linfadenectomia sistemática.

(D) Caso a paciente seja estadiada como FIGO III/IV, em pacientes sem mutação em BRCA, a pesquisa de deficiência de recombinação homóloga não acrescenta no delineamento do tratamento adjuvante, sendo, portanto, desnecessária.

43. Paciente do sexo masculino de 71 anos, engenheiro, é diagnosticado com adenocarcinoma tipo difuso de corpo gástrico. Ele é assintomático, mas realizou a endoscopia digestiva alta, pois foi solicitada junto com colonoscopia de rastreamento. A colonoscopia demonstrou apenas divertículos colônicos, mas a endoscopia digestiva demonstrou uma lesão ulcerada e de bordos elevados medindo 2,5cm no maior diâmetro. Exames como hemograma, plaquetas, função renal, hepática e CEA estão todos dentro dos limites de normalidade. Tomografia computadorizada de tórax e abdômen total não demonstra espessamento da parede gástrica, linfonodos aumentados ou suspeitos para metástase e não há evidência de lesões metastáticas suspeitas. Ecoendoscopia demonstra que a neoplasia infiltra além da muscular própria, mas não há linfonodos suspeitos de metástases. A conduta recomendada é:

- (A) Proceder com gastrectomia total.
- (B) Iniciar quimioterapia perioperatória com FLOT.
- (C) Iniciar quimioterapia perioperatória com FOLFOX.
- (D) Realizar videolaparoscopia.

Veja esse conteúdo na íntegra
acessando a OC Academia:

<http://ocacademia.com>

