

Curso Preparatório para
Prova de Título de Especialista em

ONCOLOGIA CLÍNICA

Edição 2022

**Novas Questões
Para Treino**

Curso Preparatório para
Prova de Título de Especialista em

ONCOLOGIA CLÍNICA

Edição 2022

**Novas Questões
Para Treino**



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 - Novas Questões Para Treino / Pedro De Marchi, Carlos Gil Ferreira, Bruno Ferrari et al. - Rio de Janeiro: DOC, 2022.

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

ISBN 978-65-87679-72-3 (volume impresso)

1. Curso Preparatório para Prova de Título de Especialista em Oncologia Clínica - Novas Questões Para Treino. 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)



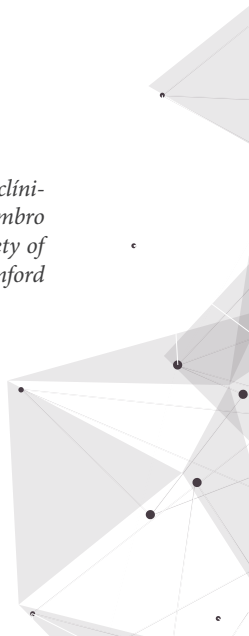
Carlos Gil Ferreira

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

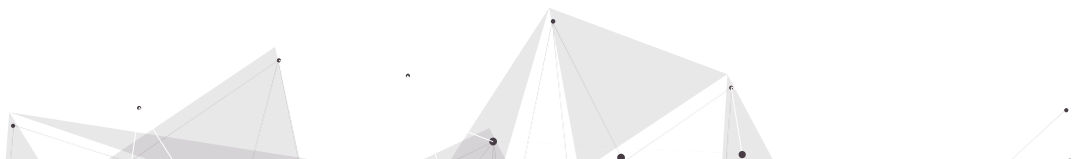
Coordenadora do módulo Tumores Gastrointestinais

Rodrigo Perez Pereira

Coordenador do módulo Tumores da Pele

Sarah Ananda

Coordenadora do módulo Cuidados Paliativos e Oncogeriatrics



SUMÁRIO

10	Capítulo 1 Tumores gastrointestinais
36	Capítulo 2 Tumores da mama
64	Capítulo 3 Tumores ginecológicos
90	Capítulo 4 Tumores geniturinários
120	Capítulo 5 Neoplasias hematológicas
142	Capítulo 6 Tumores de cabeça e pescoço
168	Capítulo 7 Tumores de pele
194	Capítulo 8 Tumores do sistema nervoso central
210	Capítulo 9 Sarcoma
252	Capítulo 10 Diagnóstico de precisão
276	Capítulo 11 Oncogenética
286	Capítulo 12 Epidemiologia, pesquisa clínica e sistema de saúde do Brasil
312	Capítulo 13 Tumores torácicos
344	Capítulo 14 Cuidados paliativos e Oncogeriatria
370	Capítulo 15 Emergências oncológicas, cirurgias oncológicas e radioterapia

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, Oncogeriatria, 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 – Secretário Acadêmico
João Paulo de Almeida – Analista Administrativo II
Vitor Alexandre Sotelo da Silva Lopes – Analista Administrativo II
Vinicius de Oliveira Bartole – Analista Administrativo II

Capítulo 1

Tumores gastrointestinais

1. Pensando em um TNE G1 bem diferenciado de pâncreas metastático e um carcinoma neuroendócrino de pâncreas metastático, assinale a alternativa CORRETA:

- (A) O prognóstico e a resposta terapêutica a análogos de somatostatina são semelhantes entre as duas doenças.
- (B) O PET-Gálio-68 costuma ser um exame de imagem útil em ambas as doenças.
- (C) O PET-CT *scan* tradicional com FDG costuma ser um exame de imagem útil em ambas as doenças.
- (D) O PET-CT *scan* tradicional com FDG é um exame de imagem útil no carcinoma neuroendócrino, mas não no TNE G1.
- (E) O análogo de somatostatina é o tratamento padrão de primeira linha no carcinoma neuroendócrino metastático.

2. Quanto ao câncer colorretal (CCR) metastático, assinale a alternativa INCORRETA:

- (A) Ressecção da doença metastática está associada a cura numa pequena parcela dos pacientes.
- (B) Num paciente com adenocarcinoma de cólon sigmoide metastático, KRAS mutado, baseado na lateralidade, o uso de *doublet* com anticorpo anti-EGFR é a escolha na primeira linha mais associada a ganho de sobrevida global.
- (C) Pacientes com boa performance, jovens e com BRAF mutado V600E costumam ter prognóstico ruim e devem ser tratados na primeira linha com esquemas agressivos.
- (D) Na vigência de instabilidade de microssatélite no CCR metastático, o estudo de fase III KEYNOTE-177 mostrou benefício de sobrevida livre de progressão e taxa de resposta a favor de imunoterapia quando comparada à quimioterapia.
- (E) No cenário metastático irressecável, não há diferença de eficácia entre FOLFOX e FOLFIRI, sendo a escolha baseada no perfil de tolerabilidade esperado.

3. Quanto ao GIST, assinale a alternativa INCORRETA:

- (A) Na imuno-histoquímica, os GISTs caracterizam-se por geralmente expressar a proteína KIT (CD117) e CD34, além de DOG-1.
- (B) Mais de 80% dos GISTs em adultos apresentam mutação do gene KIT (maioria no éxon 11).
- (C) Quando uma biópsia é necessária, deve-se preferir biópsia percutânea por agulha grossa.

(D) O prognóstico dos GISTs não metastáticos que foram ressecados depende de sua localização, tamanho e índice mitótico (por 10 campos de grande aumento – CGA), além da presença ou não de ruptura tumoral.

(E) A avaliação do status mutacional dos genes KIT e PDGREA é muito importante para a tomada de decisões terapêuticas, tanto para adjuvância (caso o paciente seja de alto risco para recorrência) quanto no cenário neoadjuvante e metastático).

4. Quanto a um TNE de íleo, grau 1, bem diferenciado, assinale a alternativa INCORRETA:

(A) Em caso de doença localizada ressecada, deve-se indicar tratamento adjuvante com análogo de somatostatina por um ano.

(B) Na doença metastática, é incomum ocorrer síndrome carcinoide na ausência de metástases hepáticas.

(C) Em pacientes com doença metastática, não funcionante, de baixo volume e sem sinais de progressão, é possível apenas observar.

(D) Na doença metastática que necessita de tratamento, são opções validadas por estudos de fase III, análogo de somatostatina, everolimo e lutécio (PRRT).

(E) No cenário de doença funcionante com metástases hepáticas irresssecáveis, pode-se lançar mão de terapias locorregionais intra-arteriais hepáticas para controle da síndrome carcinoide.

5. Quanto ao câncer colorretal (CCR) metastático, assinale a alternativa INCORRETA:

(A) A cirurgia citorrredutora para pacientes com carcinomatose peritoneal de baixo volume como sítio exclusivo de doença e que tiveram boa resposta a tratamento sistêmico de primeira linha não mostrou benefício com a adição de oxaliplatina intraperitoneal hipertérmica.

(B) Na terapia de conversão, costumamos empregar esquemas mais agressivos que confirmam maiores taxas de resposta e pelo menor tempo possível até que as lesões se tornem ressecáveis.

(C) Num paciente que recebeu FOLFOX e bevacizumabe na primeira linha, o uso de FOLFIRI com bevacizumabe, ou aflibercepte ou ramucirumabe pode ser indicado como segunda linha.

(D) Num paciente com doença metastática para fígado, ressecável, lado esquerdo e RAS selvagem, a quimioterapia perioperatória de escolha é FOLFOX com panitumumabe ou cetuximabe.



(E) Na terceira linha, tanto regorafenibe quanto TAS-102, quando comparados a placebo em estudos randomizados de fase III, mostraram ganho de SG da ordem de 2 meses, com modesto ganho de SLP, em pacientes com CCR ECOG 0 ou 1.

6. Paciente de 57 anos, sexo masculino, foi diagnosticado com neoplasia de cólon descendente durante colonoscopia de rastreamento. Tomografia de estadiamento não mostrou doença à distância e o CEA pré-operatório era de 1ng/ml. Submetido a colectomia, cujo resultado anatomopatológico foi o seguinte: adenocarcinoma intestinal bem diferenciado, medindo 3,5cm, invadindo além da camada muscular própria (sem invasão de peritônio), ausência de invasão angiolinfática ou perineural, margens cirúrgicas livres, ausência de metástase em 20 linfonodos ressecados. Imuno-histoquímica revelou presença das enzimas MLH1, MSH2, PMS2 e MLH6. Qual é a melhor abordagem para esse paciente?

- (A) Seguimento clínico, já que o paciente possui instabilidade de microssatélite.
- (B) Seguimento clínico, já que o paciente não apresenta fatores prognósticos adversos.
- (C) Quimioterapia com 5-FU/leucovorin por três meses.
- (D) Quimioterapia com 5-FU/leucovorin por seis meses.
- (E) Quimioterapia com FOLFOX/CAPOX por três meses.

7. Paciente, 65 anos, foi diagnosticado com tumor de cólon obstrutivo e submetido a colectomia de urgência. Anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado com infiltração de peritônio visceral, presença de invasão angiolinfática e perineural, margens cirúrgicas livres, presença de metástase em quatro de 17 linfonodos ressecados. Exames de imagem após a cirurgia não mostraram doença à distância. Assinale a alternativa VERDADEIRA:

- (A) Paciente deverá receber quimioterapia à base de oxaliplatina por três meses.
- (B) Deverá ser feita pesquisa de instabilidade microssatélite para decisão de melhor esquema de quimioterapia.
- (C) Paciente se enquadra nos critérios de estágio III de baixo risco.
- (D) Paciente deverá receber FOLFOX por seis meses.
- (E) Paciente deverá realizar colonoscopia um ano após o diagnóstico.

8. Paciente de 53 anos, sexo feminino, cursa com sangramento retal há dois meses. Ao exame físico, toque retal mostra lesão vegetante em cana anal, de cerca de 3cm, além de linfonodos inguinais palpáveis à esquerda. Realizada biópsia da lesão, que foi compatível com carcinoma escamocelular de canal anal. Assinale a alternativa CORRETA:

- (A) Paciente deverá realizar cirurgia e quimiorradioterapia adjuvante com 5-FU e mitomicina ou cisplatina na ausência da mitomicina.
- (B) Paciente deverá realizar quimiorradioterapia neoadjuvante exclusiva com 5-FU e mitomicina ou cisplatina na ausência da mitomicina.
- (C) Até o momento, não existem medidas eficazes na prevenção do câncer de canal anal.
- (D) A cirurgia só não deve ser realizada em pacientes com *performance status* ruim.
- (E) Paciente deverá realizar quimiorradioterapia neoadjuvante exclusiva com capecitabina.

9. Sobre o tratamento de câncer de reto, assinale a alternativa CORRETA:

- (A) Para os tumores localmente avançados, a cirurgia seguida de quimiorradioterapia adjuvante aumenta o controle local e deve ser indicada para todos os pacientes com bom *performance status*.
- (B) A principal indicação da radioterapia neoadjuvante de curso curto (5x5Gy) é para tumores T4.
- (C) FOLFOX/CAPOX são os regimes de escolha durante a quimiorradioterapia neoadjuvante.
- (D) Pacientes com estágio III de baixo risco podem receber três meses de quimioterapia adjuvante, de acordo com os dados do IDEA.
- (E) A QT-RT neoadjuvante aumenta o controle local e proporciona maior chance de preservação esfinteriana.

10. Sobre a terapia neoadjuvante total (TNT) para o câncer de reto, assinale a alternativa INCORRETA:

- (A) A TNT está associada a uma maior adesão da quimioterapia, quando comparada com o tratamento adjuvante.
- (B) Pacientes submetidos à TNT podem ser candidatos a terapia conservadora, sem cirurgia.
- (C) Os dados do PRODIGE-23 consolidaram o FOLFIRINOX como regime padrão para pacientes com tumores de reto T4 ou N2.
- (D) Tanto a estratégia de *short course* como a radioterapia convencional podem ser aplicadas no cenário da TNT.



(E) A oxaliplatina não deve ser administrada em concomitância com a radioterapia.

11. Paciente de 70 anos, sexo masculino, ECOG 2, sem comorbidades relevantes, evoluiu há quatro meses com perda de peso progressiva e dor em região abdominal. Tomografia do abdômen e pelve revelou inúmeras lesões hepáticas suspeitas para neoplasia secundária e lesão de 4,5cm na cauda do pâncreas. Biópsia hepática confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma de pâncreas. O paciente questiona qual seria a melhor opção de tratamento nesse momento. Qual das opções abaixo é a mais recomendada para terapia inicial?

- (A) FOLFIRINOX.
- (B) Gencitabina + nab-paclitaxel.
- (C) Gencitabina.
- (D) Gencitabina + capecitabina.
- (E) Capecitabina.

12. Paciente, 55 anos, sexo feminino, é internada no setor de emergência por quadro de dor em hipocôndrio esquerdo e icterícia iniciado há dois meses. Tomografia do abdômen com contraste revelou lesão na cabeça do pâncreas com 3cm e linfonodos peripancreáticos aumentados em número e diâmetro, além de dilatação de vias biliares até colédoco distal. Não foram evidenciadas lesões focais hepáticas. Foi submetida a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com implante de prótese biliar e biópsia de lesão pancreática, positiva para adenocarcinoma do pâncreas. Tomografia do tórax não revelou lesão secundária. Qual o próximo passo no manejo dessa paciente para auxiliar na abordagem terapêutica?

- (A) Dosagem de Ca 19-9.
- (B) Dosagem de Ca 19-9 e CEA.
- (C) Tomografia de abdômen e pelve multifásica (protocolo de pâncreas).
- (D) Ressonância nuclear magnética.
- (E) PET-CT.

13. Paciente de 65 anos, sexo feminino, com histórico de cirrose hepática por hepatite C e em progressão a sorafenibe por carcinoma hepatocelular multifocal metastático para pulmão, comparece ao consultório para discussão sobre estratégias de segunda linha. Últimos exames de

imagem revelaram surgimento de quatro novos nódulos pulmonares suspeitos para metástases e crescimento das lesões hepáticas pré-existent. No momento da avaliação, ECOG PS 1. Ao exame físico, são observados sinais de circulação colateral apenas. Exames laboratoriais não mostram anormalidades, exceto leve hipoalbuminemia (3g/dl) e AFP 100ng/dl. Assinale a alternativa CORRETA sobre a melhor estratégia de tratamento:

- (A) Terapias locorregionais para as lesões hepáticas e pulmonares.
- (B) Regorafenibe.
- (C) Adição de doxorrubicina ao sorafenibe.
- (D) Ramucirumabe.
- (E) Quimioterapia – FOLFOX.

14. Paciente, 46 anos, feminino, com história de infecção por hepatite B e cirrose hepática, comparece ao setor de emergência com dor abdominal, ascite volumosa e icterícia moderada. Exames laboratoriais iniciais revelaram INR 3.0, bilirrubinas totais de 4, albumina de 1.5 e alfafetoproteína de 78. Tomografia de abdômen e pelve identificou lesão hepática no segmento VI classificada como LI-RADS 5 e linfonodos retroperitoneais aortoilíacos compatíveis com doença secundária à distância. É correto afirmar:

- (A) Diante dos achados de história clínica e de imagem, o diagnóstico de carcinoma hepatocelular (CHC) deve ser suspeitado e confirmado por biópsia hepática.
- (B) Os achados de história clínica e imagem preenchem critérios para o diagnóstico clínico de CHCe, portanto, deve ser iniciado imediatamente tratamento com atezolizumabe e bevacizumabe.
- (C) Os achados de história clínica e imagem preenchem critérios para o diagnóstico clínico de CHC e, portanto, deve ser iniciado imediatamente o tratamento com sorafenibe em dose reduzida devido à potencial hepatotoxicidade.
- (D) Os achados de história clínica e imagem preenchem critérios para o diagnóstico clínico de CHC e não é necessária a confirmação por biópsia.
- (E) Diante do achado de lesão LI-RADS 5 deve ser solicitada nova imagem em três meses para confirmar os achados iniciais.

15. Em relação ao tratamento dos tumores avançados de vias biliares, é CORRETO afirmar:

- (A) Colangiocarcinomas e tumores avançados de vesícula são tratados de maneira individual, haja vista que apresentam quimiossensibilidades distintas.

- 
- (B) Ivosidenibe está indicado em primeira linha para tumores IDH-1 mutados.
 - (C) Infigratinibe é superior ao ivosidenibe em primeira linha.
 - (D) Gencitabina + cisplatina corresponde à opção padrão em primeira linha.
 - (E) O uso de pembrolizumabe mostrou-se altamente eficaz nos tumores biliares avançados, com elevadas taxas de resposta.

16. Paciente do sexo masculino, de 52 anos, obeso e ex-tabagista procura gastroenterologista devido a dores epigástricas e fezes enegrecidas há aproximadamente um mês. Realizada endoscopia digestiva alta, que evidencia lesão ulcerada, friável, com bordos elevados em antro gástrico. Realizada biópsia da lesão, cujo resultado confirma adenocarcinoma pouco diferenciado com células em anel de sinete. Quanto ao estadiamento, assinale a opção CORRETA:

- (A) Ultrassonografia endoscópica (USE) deve ser realizada em todos os pacientes para melhor caracterização da doença locorregional.
- (B) PET-CT deve ser solicitado para todos os pacientes com tumores gastroesofágicos, especialmente em adenocarcinoma com anel de sinete, devido ao seu pior prognóstico, alto risco de metastização e maior sensibilidade da histologia ao método.
- (C) PET-CT tem ganhado cada vez mais importância no estadiamento dos tumores gastroesofágicos, uma vez que possuem alta sensibilidade para detecção de linfonodos regionais.
- (D) Laparoscopia com lavado peritoneal deve ser realizada no estadiamento dos tumores de JEG e estômago localmente avançados, entretanto, raramente modificam o estadiamento.
- (E) Principal indicação de USE se faz para avaliação de tumores iniciais candidatos a tratamento cirúrgico ou endoscópico exclusivo, visando a descartar possibilidade de subestadiamento e consequente tratamento inadequado.

17. Em relação aos tumores de intestino delgado, assinale a alternativa CORRETA:

- (A) Trata-se de neoplasia rara e representa cerca de 10% dos tumores gastrointestinais.
- (B) Quando comparados aos tumores colorretais, são considerados mais agressivos e de pior prognóstico.
- (C) Devido ao bom prognóstico, o tratamento cirúrgico exclusivo constitui o tratamento curativo, não havendo portanto indicação de quimioterapia adjuvante.

(D) O íleo é a porção mais frequentemente acometida, seguida do duodeno e jejuno.

(E) Cerca de 50% apresentam instabilidade microssatélite.

18. Paciente de 65 anos, tabagista e etilista, com tosse, disfagia e perda ponderal progressiva, é encaminhada ao oncologista devido ao diagnóstico de carcinoma espinocelular de esôfago. Traz EDA, que descreve lesão estenosante que se inicia a 26cm da arcada dentária superior. Tomografias não descrevem sinais de doença à distância.

(A) Trata-se de uma lesão de esôfago proximal e, portanto, quimiorradioterapia definitiva é o tratamento de escolha.

(B) Trata-se de lesão do esôfago inferior e, portanto, não há indicação de realização de traqueobroncoscopia para estadiamento locorregional.

(C) Trata-se de lesão do esôfago médio e, portanto, quimiorradioterapia definitiva é o tratamento de escolha. Caso não atinja resposta completa, paciente deverá receber imunoterapia adjuvante.

(D) Trata-se de lesão do esôfago médio e, caso não alcance resposta patológica completa com tratamento trimodal, deverá receber imunoterapia adjuvante.

(E) Trata-se de lesão do esôfago proximal. Deve ser tratada com tratamento trimodal, seguido de imunoterapia adjuvante.

19. Quanto às características moleculares dos tumores gastroesofágicos, assinale a alternativa CORRETA:

(A) Fusão de NTRK é encontrada em cerca de 20% dos tumores de estômago.

(B) Hiperexpressão/amplificação de HER-2 é encontrada em cerca de 30% dos carcinomas espinocelulares de esôfago.

(C) Hiperexpressão/amplificação de HER-2 é mais comumente encontrada em tumores distais.

(D) A presença de EBV é extremamente comum e confere pior prognóstico.

(E) Instabilidade de microssatélite é encontrada em cerca de 20% dos tumores gástricos.

20. Paciente feminino, de 32 anos, sem comorbidades, com adenocarcinoma gástrico recém-diagnosticado localizado 3cm abaixo da JEG. Exames de estadiamento confirmam estágio clínico III. Assinale a opção CORRETA.

(A) Quimioterapia perioperatória é a estratégia indicada.

(B) Gastrectomia com linfadenectomia D2 é a estratégia indicada.

(C) Como há perspectiva de tratamento cirúrgico para essa paciente, não há indicação de laparoscopia de estadiamento.

(D) A presença de HER-2 positivo pode interferir na escolha da estratégia inicial.

(E) Por se tratar de tumor Siewert II, deve ser tratado preferencialmente com trimodalidade (quimiorradioterapia seguida de cirurgia).

21. Paciente do sexo masculino, 62 anos, ECOG 0, hepatite C tratada e já com carga viral negativada, foi diagnosticado incidentalmente com nódulo hepático único de 6,2cm em segmento III, com washout, sem sinais de invasão vascular. Child-Pugh A. Submetido à hepatectomia esquerda, sem complicações. Qual a sua conduta?

(A) Observação.

(B) Sorafenibe adjuvante por um ano.

(C) Durvalumabe + tremelimumabe por um ano.

(D) Atezolizumabe e bevacizumabe por um ano.

22. Mulher, 69 anos, ECOG 1, com antecedente de obesidade e DM tipo 2 bem controlado com metformina, foi recém-diagnosticada com carcinoma de vesícula biliar metastático para fígado (pelo menos cinco nódulos visíveis na tomografia). Qual tratamento abaixo é capaz de conferir maior ganho de sobrevida global?

(A) Cisplatina + gencitabina.

(B) Gencitabina + nab-paclitaxel.

(C) FOLFIRINOX.

(D) Cisplatina + gencitabina + durvalumabe.

23. Homem, 71 anos, sem antecedentes mórbidos, há dois anos teve adenocarcinoma gástrico. Fez FLOT perioperatório, mas teve neutropenia febril já no primeiro ciclo e foi suspenso. Foi então direto para cirurgia, cujo AP revelou tratar-se de adenocarcinoma gástrico subtipo intestinal de Lauren, moderadamente diferenciado, pT3 pN1 (um de 33 linfonodos positivos). Permaneceu em seguimento. Atualmente (dois anos após a cirurgia), cursou com metástases hepáticas e em linfonodos retroperitoneais. Biópsia hepática confirmou tratar-se de metástase do adenocarcinoma gástrico, HER-2 1+, PDL-1 por CPS = 10. Qual sua conduta?

(A) Paclitaxel + ramucirumabe.

(B) FOLFOX.

- (C) FOLFOX + nivolumabe.
- (D) FOLFOX + trastuzumabe.

24. Mulher, 54 anos, previamente hígida, sem história familiar de câncer, é diagnosticada com adenocarcinoma gástrico, tipo difuso, com extensa carcinomatose peritoneal e ascite moderada, HER-2 negativo, CPS 3, com proficiência das enzimas de reparo. Fez inicialmente FOLFOX como tratamento de primeira linha e, posteriormente, paclitaxel e ramucirumabe em segunda linha. São opções de terceira linha, exceto:

- (A) Trifluridina-tipiracil (TAS-02).
- (B) Pembrolizumabe.
- (C) Irinotecano.
- (D) Cabozantinibe.

25. Mulher, 72 anos, fez endoscopia digestiva alta em exames de rotina, sendo evidenciada lesão subepitelial de aproximadamente 2cm em grande curvatura. Cirurgia confirmou tratar-se de GIST gástrico, subtipo fusocelular, de 2,2cm, três mitoses por 50CGA, com mutação em éxon 11. Qual é sua conduta?

- (A) Observação.
- (B) Imatinibe 400mg ao dia por um ano.
- (C) Imatinibe 400mg ao dia por três anos.
- (D) Imatinibe 800mg ao dia por três anos.

Veja esse conteúdo na íntegra
acessando a OC Academia:

<http://ocacademia.com>

