

TIPO

1

Endere

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ANO ADICIONAL

CIRURGIA ONCOLÓGICA

R4

PROVA OBJETIVA – TIPO 1



SUA PROVA

- Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala uma folha para a marcação das respostas.



TEMPO

- 5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**.
- 1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas.
- 30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**.



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta.
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro.
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!



Cirurgia Oncológica

1

Maria, 59 anos, com diagnóstico realizado na colonoscopia de adenocarcinoma de cólon direito. Após hemicolectomia a análise anatomopatológica demonstra intensa infiltração de linfócitos no estroma tumoral. O estudo molecular identifica deficiência do sistema de reparo por incompatibilidade de bases (dMMR), com instabilidade de microssatélites (MSI-H).

O seguinte mecanismo biológico explica mais adequadamente esse achado histopatológico:

- (A) hipermetilação difusa do DNA, reduzindo a imunogenicidade tumoral.
- (B) elevada carga mutacional com geração de numerosos neoantígenos reconhecidos pelo sistema imune.
- (C) amplificação do HER2 induzindo ativação do sistema complemento.
- (D) superexpressão de VEGF promovendo recrutamento direto de linfócitos T citotóxicos.
- (E) mutação de TP53 aumentando a apoptose espontânea das células neoplásicas.

2

João, 67 anos, é submetido à pancreatoduodenectomia por adenocarcinoma de cabeça de pâncreas. O laudo anatomopatológico evidencia extensa invasão perineural, apesar de margens cirúrgicas livres. O cirurgião explica que esse padrão de disseminação representa uma característica biológica típica dessa neoplasia.

O mecanismo que está mais diretamente relacionado ao desenvolvimento da invasão perineural é a

- (A) redução da expressão da E-caderina.
- (B) inibição da angiogênese por trombospondina.
- (C) disseminação hematogênica mediada por VEGF.
- (D) instabilidade cromossômica secundária à mutação de BRCA2.
- (E) interação entre células tumorais, células de Schwann e fatores neurotróficos presentes no microambiente tumoral.

3

Daniela, 46 anos, apresenta carcinoma ductal invasivo da mama. A imunohistoquímica demonstra receptores hormonais negativos e HER2 positivo (3+). Após confirmação por hibridização in situ, é indicada terapia-alvo.

A alteração biológica que explica o comportamento agressivo desses tumores é

- (A) a ativação da proteína p53.
- (B) a supressão da angiogênese tumoral.
- (C) o aumento da estabilidade genômica.
- (D) o bloqueio permanente da transição G1-S do ciclo celular.
- (E) a ativação constitutiva das vias intracelulares PI3K/AKT e MAPK.

4

Joana, 63 anos, apresenta melanoma metastático. O sequenciamento de nova geração identifica mutação BRAF V600E. A equipe multidisciplinar indica terapia molecular específica.

Do ponto de vista biológico, essa mutação é classificada como

- (A) marcador exclusivamente prognóstico.
- (B) alteração restrita às neoplasias hematológicas.
- (C) alteração típica de tumores com instabilidade de microssatélite.
- (D) mutação passageira (*passenger mutation*), sem impacto funcional;
- (E) mutação condutora (*driver mutation*), responsável pela ativação constitutiva da via MAPK.

5

Mariana, 62 anos, apresenta adenocarcinoma colorretal metastático. Antes do início do tratamento sistêmico, é solicitado estudo molecular demonstrando mutação no gene KRAS.

A principal relevância clínica dessa alteração é

- (A) indicar imunoterapia anti-PD-1.
- (B) definir extensão da ressecção cirúrgica.
- (C) estimar risco de tromboembolismo venoso.
- (D) confirmar diagnóstico de síndrome de Lynch.
- (E) prever resistência ao tratamento com anticorpos monoclonais anti-EGFR.

6

Daniella, 49 anos, foi submetida a tireoidectomia total por carcinoma papilífero da tireoide, seguida de radioiodoterapia. Durante o acompanhamento, o endocrinologista solicita um exame laboratorial seriado para detectar doença residual ou recorrente.

O marcador tumoral mais apropriado é

- (A) AFP.
- (B) CEA.
- (C) CA 125
- (D) Tireoglobulina.
- (E) Calcitonina.

7

Marina, 45 anos, apresenta história familiar de múltiplos casos de câncer de mama e ovário em parentes de primeiro grau. A investigação genética identifica mutação germinativa no gene BRCA1.

O processo biológico que se encontra primariamente comprometido é

- (A) o reparo por *mismatch*.
- (B) o controle da angiogênese.
- (C) a via extrínseca da apoptose.
- (D) o reparo por excisão de bases.
- (E) a recombinação homóloga responsável pelo reparo de quebras de dupla fita do DNA

8

Flávio, 66 anos, é submetido à gastrectomia total com linfadenectomia D2 por adenocarcinoma gástrico localmente avançado. O laudo anatomopatológico descreve extensas áreas de necrose central associadas à intensa proliferação vascular nas margens infiltrativas do tumor.

Considerando a biologia tumoral, assinale a afirmativa correta a respeito do mecanismo que explica mais adequadamente a associação entre esses achados.

- (A) A perda da expressão da E-caderina estimula diretamente a proliferação de vasos sanguíneos, independentemente da presença de hipóxia.
- (B) A mutação do gene TP53 determina aumento da perfusão tumoral, levando simultaneamente à necrose central e ao aumento da vascularização periférica.
- (C) A ativação do sistema de reparo por incompatibilidade de bases (mismatch repair) promove aumento da angiogênese compensatória nas áreas periféricas do tumor.
- (D) A hipóxia decorrente do rápido crescimento tumoral estabiliza o fator induzível por hipóxia (HIF-1 α), induzindo a expressão de VEGF e de outros genes envolvidos na angiogênese e na adaptação celular ao ambiente hipóxico.
- (E) A ativação constitutiva da via Wnt/ β -catenina é o principal mecanismo responsável pela formação de novos vasos em tumores sólidos, independentemente da disponibilidade de oxigênio.

9

Um homem, 63 anos, apresenta melanoma localizado na face lateral da perna. A biópsia excisional demonstra espessura de Breslow de 2,4 mm, sem evidência de metástases à investigação inicial. Após discussão em reunião multidisciplinar, planeja-se o tratamento cirúrgico definitivo.

A margem cirúrgica periférica recomendada para a ampliação da excisão primária é de

- (A) 2,0 cm.
- (B) 3,0 cm.
- (C) 1,5 cm.
- (D) 1,0 cm.
- (E) 5,0 mm.

10

Uma mulher, 48 anos, apresenta lesão pigmentada no dorso da mão direita, com crescimento progressivo há aproximadamente oito meses. Foi submetida à biópsia excisional, cujo exame anatomopatológico revelou melanoma extensivo superficial, espessura de Breslow de 0,9 mm, ausência de ulceração, índice mitótico de 9 mitoses/mm², margens livres e ausência de invasão linfovascular.

Ao exame físico e ao ultrassom da região axilar, não se observam linfonodos suspeitos.

A próxima conduta a ser tomada deve ser

- (A) realizar a pesquisa do linfonodo sentinela concomitantemente à ampliação das margens cirúrgicas.
- (B) solicitar PET-CT para excluir doença metastática subclínica antes do tratamento cirúrgico definitivo.
- (C) realizar linfadenectomia regional em virtude do índice mitótico elevado e do maior risco de disseminação linfática.
- (D) instituir seguimento clínico, pois a biópsia excisional apresentou margens livres e não há linfonodos clinicamente suspeitos.
- (E) programar a pesquisa do linfonodo sentinela após a cicatrização da ampliação das margens, evitando interferência do processo inflamatório na drenagem linfática.

11

Um homem, 76 anos, imunossuprimido após transplante renal, apresenta lesão ulcerada de 3,5 cm no couro cabeludo. Após ressecção, o anatomopatológico demonstra carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado, com invasão perineural, profundidade de invasão além do tecido subcutâneo e margens livres.

Dos fatores a seguir, assinale o que está mais fortemente associado ao maior risco de recorrência local e disseminação linfonodal nesse paciente.

- (A) Imunossupressão e ulceração.
- (B) Presença de invasão perineural.
- (C) Localização no couro cabeludo.
- (D) Tamanho tumoral superior a 3 cm.
- (E) Grau moderado de diferenciação histológica.

12

Um senhor, 73 anos, apresenta lesão ulcerada de crescimento lento na asa nasal direita há quatro anos. A biópsia incisional demonstra carcinoma basocelular infiltrativo. O tumor mede 1,8 cm.

A estratégia melhor indicada nessa situação é a

- (A) cirurgia micrográfica de Mohs.
- (B) excisão com margem fixa de 2 mm
- (C) excisão com margem fixa de 3 mm.
- (D) excisão com margem fixa de 5 mm.
- (E) radioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia micrográfica de Mohs.

13

Homem, 56 anos, procura atendimento por aumento progressivo do volume da coxa esquerda há oito meses.

Ao exame físico, apresenta massa de aproximadamente 8 cm, localizada profundamente à fáscia muscular, indolor e aderida aos planos profundos. Não há sinais flogísticos.

A conduta diagnóstica mais apropriada antes do tratamento definitivo é

- (A) excisão completa da lesão com margem de 2 cm.
- (B) excisão completa da lesão com margem de 2,5 cm.
- (C) punção aspirativa por agulha fina guiada por ultrassonografia.
- (D) biópsia incisional transversa sobre o maior diâmetro da lesão.
- (E) ressonância magnética da extremidade seguida de biópsia por agulha grossa, planejando o trajeto da biópsia.

14

Mulher de 48 anos apresenta sarcoma pleomórfico indiferenciado da coxa confirmado por biópsia. A ressonância magnética demonstra tumor de 9 cm, de alto grau, sem invasão óssea ou neurovascular.

O seguinte exame faz parte do estadiamento inicial de rotina para pesquisa de metástases à distância:

- (A) cintilografia óssea.
- (B) PET-CT de corpo inteiro.
- (C) ultrassonografia hepática.
- (D) tomografia computadorizada de tórax.
- (E) tomografia computadorizada de abdome e pelve.

15

Um homem de 54 anos apresenta lipossarcoma bem diferenciado, localizado profundamente na musculatura da coxa, medindo 7 cm. A ressonância magnética demonstra tumor ressecável, sem invasão de estruturas neurovasculares. A tomografia computadorizada de tórax não evidencia metástases.

O tratamento inicial de escolha é a

- (A) amputação do membro.
- (B) radioterapia exclusiva.
- (C) quimioterapia neoadjuvante.
- (D) ressecção cirúrgica com margens oncológicas negativas.
- (E) quimioterapia neoadjuvante seguida de amputação do membro.

16

Fernanda, 59 anos, tabagista e etilista, apresenta lesão ulcerada na borda lateral direita da língua há três meses. A biópsia confirma carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado. A ressonância magnética demonstra tumor de 2,4 cm, profundidade de invasão de 8 mm, sem acometimento mandibular. A tomografia cervical não evidencia linfonodos aumentados (cN0).

Além da glossectomia parcial com margens adequadas, a conduta mais apropriada em relação ao pescoço é

- (A) a radioterapia cervical exclusiva.
- (B) o esvaziamento cervical radical modificado.
- (C) o esvaziamento cervical seletivo eletivo dos níveis I a III.
- (D) a pesquisa do linfonodo sentinela como tratamento padrão.
- (E) a observação clínica com ultrassonografia cervical periódica.

17

Ana, 57 anos, apresenta carcinoma espinocelular da amígdala direita. A imunohistoquímica demonstra positividade para p16. O estadiamento não evidencia metástases à distância.

Nesse caso, é correto afirmar que

- (A) a positividade para p16 contraindica tratamento cirúrgico.
- (B) a pesquisa de p16 substitui a determinação do estadiamento TNM.
- (C) a positividade para p16 indica radioterapia exclusiva.
- (D) tumores p16 positivos apresentam maior incidência de invasão perineural.
- (E) a positividade para p16 está associada a melhor resposta ao tratamento e melhor prognóstico.

18

Paulo, 68 anos, apresenta carcinoma espinocelular do assoalho bucal medindo 3,5 cm. A tomografia evidencia erosão da cortical mandibular, sem invasão do canal mandibular. Não há metástases à distância.

A melhor estratégia cirúrgica é

- (A) radioterapia exclusiva.
- (B) quimioterapia neoadjuvante seguida de observação.
- (C) mandibulectomia marginal associada à ressecção do tumor.
- (D) mandibulectomia segmentar associada à ressecção oncológica.
- (E) ressecção da lesão preservando completamente a mandíbula.

19

Paciente, 56 anos, pós-menopausada, apresenta carcinoma ductal invasivo da mama esquerda medindo 2,4 cm (cT2N0M0). O tumor é receptor de estrogênio e progesterona positivos, HER2 negativo e Ki-67 de 10%. A ultrassonografia axilar não demonstra linfonodos suspeitos. A paciente será submetida a cirurgia conservadora da mama.

Em relação ao estadiamento axilar, a melhor conduta é

- (A) radioterapia axilar exclusiva.
- (B) biópsia do linfonodo sentinela.
- (C) esvaziamento axilar níveis I e II de rotina.
- (D) não realizar abordagem axilar por se tratar de tumor luminal.
- (E) punção aspirativa dos linfonodos axilares durante o ato operatório.

20

Senhora, 60 anos, foi submetida a quadrantectomia e a biópsia do linfonodo sentinela por carcinoma ductal invasivo pT1cN0. O exame anatomopatológico demonstra margens negativas, sendo de 1 mm a menor distância entre o tumor invasivo e a tinta. Não há componente intraductal extenso.

A melhor conduta é

- (A) mastectomia.
- (B) esvaziamento axilar.
- (C) ampliação das margens.
- (D) seguir com radioterapia adjuvante.
- (E) repetir a biópsia do linfonodo sentinela.

21

Uma paciente de 56 anos é submetida à ressecção em bloco de um sarcoma pleomórfico indiferenciado de alto grau localizado na face anteromedial da coxa. O defeito cirúrgico mede 16 × 12 cm, com exposição do fêmur sem periósteo, do tendão do quadríceps sem paratendão e da artéria femoral superficial. As margens foram confirmadas negativas por congelação, e não há infecção local. Está indicada radioterapia adjuvante.

Segundo os princípios da reconstrução oncológica, a estratégia reconstrutiva mais apropriada é

- (A) terapia por pressão negativa como tratamento definitivo.
- (B) reconstrução imediata com retalho livre microvascularizado.
- (C) enxerto de pele parcial imediatamente sobre o leito cirúrgico.
- (D) reconstrução definitiva somente após radioterapia adjuvante.
- (E) fechamento primário após descolamento amplo dos retalhos cutâneos.

22

Um paciente de 65 anos, tabagista, é submetido a ressecção ampla de um carcinoma espinocelular do couro cabeludo com invasão do periósteo. Após a ressecção permanece defeito de 12 cm, com extensa exposição da tábua externa do crânio, desprovida de pericrânio. O anatomopatológico por congelação confirma margens livres.

o seguinte fator torna inadequada a reconstrução definitiva apenas com enxerto cutâneo:

- (A) tabagismo.
- (B) perda do pericrânio.
- (C) idade superior a 60 anos.
- (D) localização no couro cabeludo.
- (E) diâmetro do defeito superior a 10 cm.

23

Uma paciente de 47 anos apresenta carcinoma invasivo da mama esquerda (cT3N1M0, HER2 positivo) e será submetida à quimioterapia neoadjuvante, seguida de mastectomia. O estadiamento confirma indicação de radioterapia pós-mastectomia.

A seguinte estratégia reconstrutiva apresenta maior probabilidade de preservar resultados funcionais e estéticos a longo prazo nesse contexto:

- (A) expansor tecidual permanente.
- (B) implante retropeitoral definitivo.
- (C) enxerto dermogorduroso isolado.
- (D) implante de silicone pré-pectoral.
- (E) reconstrução autóloga com tecido vascularizado.

24

Uma paciente de 58 anos apresenta linfonodomegalia cervical esquerda progressiva há quatro meses, associada à perda ponderal de 9 kg, febre vespertina e sudorese noturna. A tomografia evidencia linfonodos cervicais, mediastinais e retroperitoneais aumentados. A PET-CT demonstra intensa captação em todas essas cadeias, sem evidência de tumor primário sólido. A punção aspirativa por agulha fina, com material biológico escasso, revela população linfóide atípica.

A conduta diagnóstica mais apropriada é

- (A) iniciar quimioterapia para tratamento de linfoma.
- (B) realizar biópsia por agulha grossa do maior linfonodo.
- (C) repetir a punção aspirativa guiada por ultrassonografia.
- (D) iniciar corticoterapia e repetir os exames após quatro semanas.
- (E) realizar biópsia excisional do linfonodo mais acessível e representativo.

25

Paciente de 48 anos apresenta linfonodo cervical posterior de 3 cm, endurecido e pouco móvel há dois meses. A ultrassonografia demonstra perda do hilo gorduroso e espessamento cortical difuso. A PAAF identifica células linfóides atípicas, porém sem possibilidade de subclassificação. A citometria de fluxo obtida pelo aspirado é inconclusiva.

Um fator que torna obrigatória a realização de biópsia excisional nesse cenário é

- (A) a idade superior a 40 anos.
- (B) o tamanho superior a 2 cm.
- (C) a ausência de diagnóstico definitivo após PAAF.
- (D) o aspecto ultrassonográfico sugestivo de malignidade.
- (E) a necessidade de preservação da arquitetura linfonodal para classificação histopatológica.

26

Mulher de 54 anos apresenta adenomegalia inguinal esquerda de 3,4 cm descoberta incidentalmente durante investigação de trombose venosa profunda. Nega sintomas infecciosos. Ao exame físico observa-se pequena lesão ulcerada de 7 mm na vulva. O linfonodo é endurecido e pouco móvel.

A seguinte característica da drenagem linfática torna mais provável a relação causal entre os dois achados:

- (A) adenopatias inguinais raramente representam doença metastática.
- (B) a drenagem vulvar ocorre prioritariamente para linfonodos ilíacos comuns.
- (C) o comprometimento inguinal costuma representar disseminação hematogênica precoce.
- (D) lesões vulvares frequentemente metastatizam inicialmente para cadeias inguinais superficiais.
- (E) os linfonodos inguinais superficiais drenam predominantemente estruturas intraperitoneais.

27

Durante discussão multidisciplinar, um residente propõe realizar PAAF em todos os pacientes com linfonodomegalia suspeita de malignidade, argumentando tratar-se de exame menos invasivo e com elevada especificidade.

A situação que representa a principal limitação dessa estratégia ocorre porque a PAAF

- (A) possui elevada taxa de complicações hemorrágicas.
- (B) reduz a acurácia da imunohistoquímica subsequente.
- (C) aumenta significativamente o risco de disseminação tumoral.
- (D) impossibilita avaliação da arquitetura linfonodal necessária para diversos linfomas.
- (E) apresenta baixa sensibilidade para metástases de carcinoma escamoso.

28

Homem de 56 anos apresenta nódulo sólido hipervascular de 1,8 cm na cauda pancreática. Encontra-se assintomático, sem episódios de hipoglicemia, diarreia secretória ou doença ulcerosa péptica. A ecoendoscopia confirma lesão única, bem delimitada, distante do ducto pancreático principal e sem linfonodos suspeitos. Não há evidências de síndrome hereditária nem de doença metastática.

A conduta mais apropriada para o caso é

- (A) iniciar tratamento com análogo da somatostatina e reavaliar a resposta tumoral antes da definição da estratégia definitiva.
- (B) solicitar PET/CT com FDG para definir o comportamento biológico da neoplasia antes de indicar qualquer tratamento cirúrgico.
- (C) realizar enucleação da lesão, uma vez que tumores menores que 2 cm apresentam risco desprezível de recorrência após ressecção local.
- (D) indicar pancreatectomia distal com linfadenectomia regional, pois o potencial metastático independe do tamanho da lesão quando o diagnóstico é estabelecido.
- (E) considerar vigilância radiológica seriada ou ressecção cirúrgica, individualizando a decisão conforme idade, risco operatório, velocidade de crescimento tumoral e preferência do paciente.

29

Mulher de 38 anos apresenta episódios recorrentes de confusão mental, sudorese intensa e perda transitória da consciência durante jejum prolongado. A glicemia documentada é de 34 mg/dL, acompanhada por níveis inadequadamente elevados de insulina, pró-insulina e peptídeo C. A ressonância evidencia lesão única de 1,3 cm localizada na transição entre corpo e cauda pancreática, situada a aproximadamente 8 mm do ducto pancreático principal, sem sinais de invasão local.

A estratégia cirúrgica mais apropriada é

- (A) proceder à pancreatectomia central, reduzindo o risco de recorrência local observado após ressecções limitadas.
- (B) indicar duodenopancreatectomia cefálica, uma vez que o tratamento oncológico formal oferece maior controle da doença em longo prazo.
- (C) iniciar tratamento clínico com diazóxido e reservar a cirurgia apenas para pacientes que permaneçam sintomáticos após acompanhamento prolongado.
- (D) realizar enucleação da lesão, preservando o maior volume possível de parênquima pancreático e confirmando previamente sua relação anatômica com o ducto principal.
- (E) indicar pancreatectomia distal com esplenectomia, considerando que insulinomas apresentam elevada frequência de comprometimento linfonodal oculto.

30

Homem de 44 anos apresenta diarreia crônica, múltiplas úlceras duodenais recorrentes e necessidade crescente de altas doses de inibidor da bomba de prótons. A gastrina sérica permanece elevada após suspensão adequada da medicação, e o teste da secretina é positivo. A investigação demonstra hiperparatireoidismo primário e múltiplos pequenos tumores localizados no duodeno proximal.

Assinale a opção que explicita a característica que exerce maior impacto sobre a possibilidade de cura cirúrgica.

- (A) A multiplicidade tumoral aumenta o risco de metástases hepáticas precoces, tornando o tratamento cirúrgico exclusivamente paliativo.
- (B) O controle adequado da hipersecreção ácida elimina o benefício da abordagem cirúrgica do tumor primário na maioria dos pacientes.
- (C) A localização predominante em duodeno determina comportamento biológico mais agressivo que os gastrinomas pancreáticos esporádicos.
- (D) A presença de múltiplos tumores associados à síndrome hereditária reduz significativamente a probabilidade de ressecção curativa completa.
- (E) A positividade do teste da secretina identifica pacientes com excelente prognóstico após ressecções pancreáticas ampliadas.

31

Paciente de 63 anos apresenta neoplasia neuroendócrina pancreática não funcionante localizada na cabeça do pâncreas, medindo 4,5 cm. A tomografia demonstra contato íntimo com o ducto pancreático principal, sem invasão vascular ou metástases à distância. A biópsia evidencia neoplasia bem diferenciada, índice Ki-67 de 6%.

A estratégia terapêutica mais adequada é

- (A) iniciar tratamento sistêmico com análogo da somatostatina e indicar cirurgia apenas na ocorrência de progressão radiológica documentada.
- (B) proceder à ablação por radiofrequência guiada por ecoendoscopia, reservando a ressecção para pacientes com comprometimento vascular.
- (C) realizar enucleação após identificação intraoperatória do ducto pancreático, preservando o máximo possível de tecido pancreático funcional.
- (D) instituir vigilância radiológica, uma vez que tumores bem diferenciados apresentam baixo risco de progressão clínica independente do diâmetro.
- (E) realizar ressecção pancreática anatômica com linfadenectomia regional, considerando o tamanho tumoral, a proximidade ductal e o potencial de disseminação linfonodal.

32

Homem de 67 anos, tabagista e etilista, apresenta disfagia progressiva inicialmente para sólidos e, posteriormente, para líquidos, associada à perda ponderal de 12 kg em quatro meses. A endoscopia digestiva alta identifica lesão ulceroinfiltrativa localizada no terço médio do esôfago, cuja biópsia demonstra carcinoma espinocelular. A tomografia computadorizada não evidencia metástases à distância. A ecoendoscopia revela invasão da muscular própria e dois linfonodos periesofágicos suspeitos.

A estratégia terapêutica com maior potencial curativo é

- (A) iniciar quimioterapia sistêmica isolada, considerando o acometimento linfonodal identificado pela ecoendoscopia.
- (B) empregar radioterapia exclusiva com intenção curativa, uma vez que não há evidências de disseminação metastática.
- (C) proceder à dilatação endoscópica seguida de vigilância, reavaliando a necessidade de tratamento definitivo conforme a evolução clínica.
- (D) realizar esofagectomia imediata com linfadenectomia regional, reservando tratamento complementar para o anatomopatológico definitivo
- (E) instituir quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de esofagectomia, desde que o paciente permaneça candidato à ressecção após reestadiamento.

33

Homem de 61 anos apresenta adenocarcinoma localizado na junção esofagogástrica. Após estadiamento completo, identifica-se lesão cT1bN0M0, restrita à submucosa, sem evidências de comprometimento linfonodal ou doença metastática.

O principal fator que contraindica o tratamento exclusivamente endoscópico é

- (A) a impossibilidade de obtenção de margens livres durante ressecções endoscópicas realizadas na transição esofagogástrica.
- (B) a elevada incidência de recorrência local relacionada à presença de epitélio de Barrett remanescente após ressecção mucosa.
- (C) o aumento substancial do risco de metástases linfonodais associado à invasão da submucosa, mesmo na ausência de linfonodos suspeitos.
- (D) a limitação da ultrassonografia endoscópica em diferenciar lesões confinadas à mucosa daquelas que invadem a muscular própria.
- (E) o comportamento biológico mais agressivo dos adenocarcinomas da junção quando comparados aos tumores espinocelulares torácicos.

34

Paciente de 64 anos é submetido a quimiorradioterapia neoadjuvante para adenocarcinoma do terço distal do esôfago. Após o tratamento, PET/CT, tomografia e endoscopia não demonstram doença residual evidente. As biópsias obtidas mostram apenas alterações inflamatórias e fibrose.

A conduta mais apropriada nesse caso é

- (A) repetir a endoscopia em oito semanas e indicar cirurgia apenas na presença de recidiva histologicamente comprovada.
- (B) suspender o tratamento definitivo, instituindo vigilância clínica rigorosa com exames seriados sem intervenção cirúrgica inicial.
- (C) prosseguir com a esofagectomia planejada, considerando a possibilidade de doença residual microscópica apesar da resposta clínica aparente.
- (D) substituir a cirurgia por terapia sistêmica de manutenção, considerando a elevada acurácia do PET/CT após tratamento neoadjuvante.
- (E) administrar novo ciclo de quimiorradioterapia antes de qualquer definição terapêutica, buscando aumentar a taxa de resposta patológica completa.

35

Homem de 72 anos apresenta carcinoma espinocelular do terço superior do esôfago (cT4bN1M0), com invasão da traqueia confirmada por broncoscopia. Mantém bom desempenho funcional e não apresenta metástases à distância.

A estratégia terapêutica mais apropriada é

- (A) iniciar quimioterapia neoadjuvante isolada e reavaliar a possibilidade de cirurgia após redução volumétrica do tumor.
- (B) proceder inicialmente à colocação de prótese esofágica e programar ressecção cirúrgica caso ocorra melhora da disfagia.
- (C) instituir quimiorradioterapia definitiva com intenção de controle locorregional, considerando a impossibilidade de ressecção oncológica completa.
- (D) indicar gastrostomia para suporte nutricional exclusivo, reservando tratamento antineoplásico apenas na presença de progressão metastática.
- (E) realizar esofagectomia ampliada associada à ressecção traqueal em bloco, seguida de radioterapia complementar conforme o anatomopatológico.

36

Homem de 68 anos, apresenta na endoscopia digestiva alta lesão ulceroinfiltrativa localizada no antro gástrico. A biópsia confirma adenocarcinoma pouco diferenciado. A tomografia computadorizada não demonstra metástases à distância, porém evidencia espessamento transmural da parede gástrica e linfonodos perigástricos aumentados. O paciente apresenta bom desempenho funcional.

A estratégia terapêutica com maior potencial curativo é

- (A) instituir quimioterapia perioperatória seguida de gastrectomia oncológica com linfadenectomia adequada.
- (B) iniciar quimiorradioterapia definitiva, considerando o comprometimento linfonodal identificado na tomografia computadorizada inicial.
- (C) administrar quimioterapia sistêmica exclusiva até obtenção de resposta radiológica completa antes de considerar qualquer procedimento cirúrgico.
- (D) indicar gastrectomia paliativa para controle dos sintomas, complementando posteriormente com tratamento sistêmico conforme a evolução clínica.
- (E) realizar gastrectomia subtotal imediata com linfadenectomia regional, reservando tratamento sistêmico em caso de doença residual identificada no anatomopatológico.

37

Mulher de 61 anos apresenta adenocarcinoma gástrico precoce localizado na pequena curvatura do antro. A ecoendoscopia demonstra lesão restrita à mucosa, medindo 1,4 cm, sem ulceração e sem linfonodos suspeitos. A biópsia revela adenocarcinoma bem diferenciado.

A estratégia terapêutica mais apropriada é

- (A) instituir vigilância endoscópica sem ressecção imediata, devido ao baixo potencial invasivo.
- (B) iniciar quimioterapia perioperatória antes de definir a necessidade de ressecção gástrica definitiva.
- (C) realizar gastrectomia total para reduzir o risco de recorrência metacrônica no estômago remanescente.
- (D) considerar ressecção endoscópica em bloco, uma vez que há baixo risco para comprometimento linfonodal.
- (E) indicar gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2, considerando a possibilidade de subestadiamento pela ecoendoscopia.

38

Homem de 65 anos apresenta adenocarcinoma localizado no corpo gástrico. Os exames de imagem não evidenciam metástases hepáticas nem peritoneais. Durante a laparoscopia de estadiamento são identificados pequenos implantes peritoneais confirmados por biópsia, sem outras alterações macroscópicas.

A conduta mais apropriada é

- (A) suspender a proposta de gastrectomia curativa e rediscutir o tratamento sistêmico.
- (B) ampliar a linfadenectomia para compensar o impacto prognóstico da disseminação peritoneal microscópica.
- (C) proceder com a ressecção dos implantes peritoneais e reavaliar a indicação de gastrectomia após nova tomografia
- (D) realizar gastrectomia subtotal seguida de quimioterapia adjuvante.
- (E) prosseguir com gastrectomia radical associada à peritonectomia, visando ressecção completa de toda a doença macroscópica.

39

Paciente de 58 anos apresenta adenocarcinoma localizado no terço médio do estômago. Após estadiamento, programa-se gastrectomia subtotal. Durante a discussão pré-operatória, debate-se a extensão da linfadenectomia.

A recomendação de uma linfadenectomia D2 em centros com experiência é fundamentada pelo fato de que

- (A) proporciona estadiamento mais preciso e melhora o controle locorregional.
- (B) permite preservação mais ampla do estômago remanescente sem comprometer as margens cirúrgicas.
- (C) reduz a incidência de recidiva peritoneal por interromper precocemente a drenagem linfática tumoral.
- (D) diminui a frequência de metástases hepáticas ao limitar a disseminação hematogênica portal durante a cirurgia.
- (E) elimina a necessidade de tratamento sistêmico complementar ao remover a maioria dos sítios de disseminação inicial.

40

Homem de 70 anos apresenta adenocarcinoma da cárdia classificado como Siewert tipo II. A tomografia e a ecoendoscopia não demonstram metástases, mas evidenciam invasão da muscular própria e linfonodos regionais suspeitos.

O principal fator que deve orientar a escolha da abordagem cirúrgica é

- (A) o grau de diferenciação tumoral identificado na biópsia inicial, independentemente da localização anatômica da neoplasia.
- (B) o subtipo histológico segundo Lauren, considerando que tumores difusos exigem obrigatoriamente ressecções mais extensas.
- (C) a presença de linfonodos suspeitos na pequena curvatura, priorizando sempre a gastrectomia total em relação às demais técnicas.
- (D) o diâmetro máximo da lesão medido pela tomografia, independentemente da extensão proximal do comprometimento da junção.
- (E) a localização exata do epicentro tumoral em relação à junção esofagogástrica e a possibilidade de obtenção de margens livres associadas à linfadenectomia adequada.

41

Mulher de 57 anos apresenta adenocarcinoma difuso envolvendo grande parte do estômago proximal e médio. A tomografia não evidencia metástases e a laparoscopia de estadiamento é negativa. Durante o planejamento operatório discute-se a extensão da ressecção.

O principal objetivo da gastrectomia total nesse paciente é

- (A) diminuir a frequência de fístulas da anastomose digestiva quando comparada às ressecções gástricas parciais.
- (B) permitir linfadenectomia mais extensa do que aquela realizada durante gastrectomias subtotais convencionais.
- (C) evitar recorrência metacrônica no estômago remanescente, independentemente da extensão anatômica do tumor primário.
- (D) obter ressecção com margens oncológicas adequadas, preservando os princípios técnicos relacionados à extensão da doença e ao padrão de disseminação.
- (E) reduzir a incidência de recorrência peritoneal, uma vez que tumores difusos apresentam menor resposta ao tratamento sistêmico.

42

Homem de 69 anos apresenta adenocarcinoma gástrico localizado no antro. A tomografia computadorizada demonstra espessamento da parede gástrica sem metástases evidentes. Apesar disso, opta-se pela realização de laparoscopia de estadiamento antes da ressecção.

Essa etapa da investigação se justifica pelo fato de que

- (A) a disseminação peritoneal pode permanecer oculta aos exames de imagem convencionais.
- (B) a citologia peritoneal negativa exclui definitivamente doença metastática microscópica durante o seguimento.
- (C) a identificação de pequenos linfonodos perigástricos altera diretamente a classificação TNM antes da ressecção.
- (D) o procedimento permite definir com maior precisão a extensão necessária da linfadenectomia durante a gastrectomia.
- (E) a laparoscopia apresenta maior sensibilidade que a ecoendoscopia para avaliação da profundidade de invasão da parede gástrica.

43

Paciente de 60 anos apresenta adenocarcinoma gástrico HER2-positivo com múltiplas metástases hepáticas bilobares ao diagnóstico. Mantém bom desempenho funcional e ausência de sangramento digestivo ou obstrução.

A estratégia terapêutica inicial mais apropriada é

- (A) instituir tratamento sistêmico baseado em quimioterapia associada à terapia-alvo anti-HER2.
- (B) realizar gastrectomia paliativa seguida de quimioterapia, buscando reduzir a carga tumoral antes do tratamento sistêmico.
- (C) proceder à gastrectomia total com linfadenectomia D2 antes da introdução de qualquer modalidade de tratamento sistêmico.
- (D) administrar imunoterapia isoladamente, uma vez que tumores HER2-positivos apresentam resposta limitada aos esquemas citotóxicos.
- (E) indicar hepatectomia em dois tempos associada à gastrectomia, considerando a positividade para HER2 como fator de bom prognóstico.

44

Homem de 66 anos é submetido à gastrectomia subtotal por adenocarcinoma localizado no antro. O exame anatomopatológico evidencia margem proximal comprometida por infiltração microscópica (R1), sem metástases à distância identificadas durante o estadiamento.

A conduta mais apropriada, na ausência de contraindicações clínicas, é

- (A) iniciar quimioterapia paliativa.
- (B) indicar quimiorradioterapia exclusiva.
- (C) avaliar a possibilidade de nova ressecção visando obtenção de margens livres.
- (D) instituir radioterapia sobre o leito cirúrgico, considerando que margens microscópicas positivas.
- (E) manter seguimento clínico rigoroso, reservando nova intervenção para eventual recorrência macroscópica documentada.

45

Homem de 69 anos apresenta colonoscopia com lesão estenosante no cólon ascendente, cuja biópsia revela adenocarcinoma moderadamente diferenciado. A tomografia computadorizada demonstra espessamento segmentar da parede colônica e linfonodos pericólicos aumentados, sem metástases hepáticas, pulmonares ou peritoneais. O paciente apresenta bom estado funcional.

A melhor estratégia terapêutica inicial é

- (A) realizar hemicolectomia direita oncológica com ligadura vascular central e linfadenectomia regional.
- (B) indicar quimiorradioterapia definitiva antes da cirurgia, considerando o risco de comprometimento microscópico das margens cirúrgicas.
- (C) realizar colectomia segmentar limitada preservando a maior parte do mesocólon, complementando o tratamento com radioterapia pós-operatória.
- (D) instituir quimioterapia neoadjuvante, considerando o acometimento linfonodal identificado na tomografia, seguida de ressecção caso ocorra redução tumoral significativa.
- (E) proceder inicialmente à colocação de prótese colônica para descompressão, reservando a ressecção para um segundo tempo independentemente da ausência de obstrução clínica.

46

Homem de 63 anos é submetido à colectomia direita por adenocarcinoma do cólon. O exame anatomopatológico demonstra tumor pT3N0, com 22 linfonodos examinados, margens livres, ausência de invasão linfovascular e ausência de invasão perineural. Não houve obstrução nem perfuração tumoral. O fator mais relevante para a decisão sobre quimioterapia adjuvante nesse caso justifica-se pelo fato de que

- (A) a ausência de invasão linfovascular contraindica definitivamente qualquer tratamento sistêmico após a cirurgia curativa.
- (B) o grau de diferenciação histológica constitui o único parâmetro utilizado para indicação de quimioterapia em tumores estágio II.
- (C) a análise de mais de doze linfonodos elimina a possibilidade de micrometástases.
- (D) a presença de fatores anatomopatológicos de alto risco, além do estadiamento TNM, deve orientar a indicação individualizada de tratamento complementar.
- (E) tumores classificados como pT3 exigem quimioterapia adjuvante.

47

Paciente de 58 anos apresenta adenocarcinoma do cólon sigmoide com invasão direta da parede da bexiga identificada na tomografia computadorizada. Não há metástases à distância e o paciente apresenta bom desempenho funcional.

A estratégia cirúrgica com maior possibilidade de controle oncológico é

- (A) ressecar o cólon e o segmento vesical comprometido em monobloco.
- (B) realizar ressecção do cólon seguida de cistectomia em segundo tempo, reduzindo o risco de complicações urológicas imediatas.
- (C) realizar inicialmente quimioterapia exclusiva e indicar cirurgia apenas em caso de resposta radiológica completa da invasão vesical.
- (D) proceder apenas à derivação intestinal, considerando que tumores T4b apresentam contraindicação absoluta ao tratamento cirúrgico
- (E) liberar cuidadosamente o cólon da bexiga, preservando o órgão urinário sempre que possível e ressecando apenas a parede intestinal acometida.

48

Mulher de 66 anos apresenta adenocarcinoma do cólon transversal associado a perfuração localizada, identificada durante laparotomia de urgência. Após controle da contaminação abdominal, confirma-se ausência de metástases hepáticas ou peritoneais.

O tratamento cirúrgico deve ser orientado pelo princípio oncológico de que

- (A) a presença de perfuração contraindica ressecção definitiva, devendo ser realizada apenas derivação intestinal para controle da sepse.
- (B) a prioridade deve ser limitar a extensão da ressecção para reduzir complicações, mesmo que isso comprometa os princípios oncológicos.
- (C) a reconstrução do trânsito intestinal representa prioridade absoluta, independentemente do grau de contaminação ou estabilidade hemodinâmica.
- (D) a linfadenectomia regional pode ser omitida durante cirurgias de urgência, sendo substituída por tratamento sistêmico posterior.
- (E) sempre que as condições clínicas permitirem, deve-se realizar ressecção oncológica completa da neoplasia, respeitando os princípios técnicos aplicados às cirurgias eletivas.

49

Homem de 62 anos apresenta adenocarcinoma do sigmoide associado a quatro metástases hepáticas inicialmente consideradas irresssecáveis por comprometimento de ambos os lobos hepáticos. Após tratamento sistêmico, observa-se redução significativa das lesões e o paciente apresenta bom desempenho funcional.

A estratégia que apresenta maior potencial de benefício nesse cenário é

- (A) priorizar ablação percutânea isolada de todas as metástases.
- (B) manter quimioterapia, independentemente da resposta obtida.
- (C) indicar transplante hepático como tratamento preferencial para pacientes com resposta objetiva ao tratamento sistêmico.
- (D) restringir o tratamento cirúrgico ao tumor primário, mantendo as metástases hepáticas sob acompanhamento radiológico periódico.
- (E) ressecção com intenção curativa, em caso de conversão para doença tecnicamente ressecável, com preservação de volume hepático adequado.

50

Paciente de 71 anos apresenta adenocarcinoma do cólon descendente. A tomografia evidencia múltiplas metástases hepáticas difusas, implantes peritoneais e pequenos nódulos pulmonares bilaterais. O tumor primário não causa sangramento, perfuração ou obstrução. O paciente apresenta bom desempenho funcional.

A conduta inicial mais apropriada é

- (A) programar ressecção simultânea do cólon, fígado e peritônio após curto período de tratamento sistêmico inicial.
- (B) proceder à derivação intestinal profilática, prevenindo eventual obstrução futura independentemente da presença de sintomas.
- (C) indicar colectomia paliativa imediata, reduzindo a carga tumoral antes da introdução da quimioterapia sistêmica.
- (D) instituir tratamento sistêmico, reservando procedimentos cirúrgicos para complicações relacionadas ao tumor primário ou situações cuidadosamente selecionadas.
- (E) realizar colectomia associada à linfadenectomia ampliada para melhorar a resposta ao tratamento sistêmico subsequente.

51

Homem de 64 anos é submetido à colectomia esquerda por adenocarcinoma do cólon. O laudo anatomopatológico demonstra margem proximal e distal livres, sete linfonodos analisados, todos negativos para metástases.

A principal implicação desse achado é

- (A) a linfadenectomia limitada que, contudo, pode ser compensada pela realização de PET/CT no pós-operatório imediato.
- (B) a recuperação de menos de doze linfonodos, que indica obrigatoriamente falha técnica da cirurgia realizada, exigindo nova ressecção.
- (C) o número insuficiente de linfonodos examinados, que pode comprometer o estadiamento patológico e influenciar a decisão sobre tratamento adjuvante.
- (D) o número reduzido de linfonodos interfere apenas na classificação prognóstica, sem impacto sobre decisões terapêuticas subsequentes.
- (E) a ausência de metástases nos linfonodos analisados, que confirma definitivamente estágio II de baixo risco, independentemente do número de linfonodos avaliados.

52

Homem de 62 anos apresenta adenocarcinoma localizado a 6 cm da borda anal. A ressonância magnética da pelve demonstra tumor cT3bN1, com margem circunferencial de ressecção estimada em 3 mm, sem invasão do complexo esfinteriano ou da fáscia pélvica. A tomografia não evidencia metástases.

A estratégia terapêutica mais apropriada é

- (A) instituir radioterapia, seguida de vigilância clínica, considerando a ausência de invasão da fáscia mesorretal.
- (B) realizar quimioterapia sistêmica, reservando radioterapia apenas para pacientes com doença residual após a cirurgia.
- (C) realizar ressecção anterior baixa imediata com excisão parcial do mesorreto, reservando tratamento complementar para o pós-operatório.
- (D) instituir terapia neoadjuvante seguida de excisão total do mesorreto, reavaliando a resposta antes da definição da técnica cirúrgica definitiva.
- (E) indicar amputação abdominoperineal, considerando que tumores localizados abaixo da reflexão peritoneal apresentam alto risco de recorrência local.

53

Joana, 58 anos, apresenta adenocarcinoma localizado a 4 cm da borda anal. Após quimiorradioterapia neoadjuvante, a ressonância demonstra regressão importante da lesão, sem invasão residual da gordura mesorretal. Ao exame digital permanece pequena área endurecida, e a endoscopia identifica discreta irregularidade superficial. As biópsias são negativas para neoplasia.

A respeito do caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) Biópsias negativas excluem doença residual, tornando desnecessária qualquer abordagem cirúrgica subsequente.
- (B) A negatividade histológica elimina a necessidade de acompanhamento intensivo após o término da neoadjuvância.
- (C) A resposta endoscópica possui maior acurácia que a ressonância para excluir comprometimento linfonodal residual.
- (D) A persistência de área endurecida contraindica qualquer estratégia conservadora, independentemente dos achados da ressonância.
- (E) A ausência de neoplasia nas biópsias não confirma resposta patológica completa, devendo a decisão terapêutica integrar avaliação clínica, endoscópica e radiológica.

54

Diogo, 65 anos, apresenta adenocarcinoma localizado a 9 cm da borda anal. Após estadiamento, programa-se ressecção anterior baixa. Durante a discussão cirúrgica, debate-se a importância da excisão total do mesorreto.

O principal objetivo oncológico desse procedimento é

- (A) evitar lesão dos plexos autonômicos pélvicos por meio da dissecação ampla da gordura perirretal.
- (B) facilitar a reconstrução pélvica por meio da mobilização completa do mesocólon esquerdo durante a operação.
- (C) preservar a vascularização do cólon descendente, diminuindo a incidência de deiscência da anastomose colorretal.
- (D) remover integralmente o mesorreto envolvido pela drenagem linfovascular do reto, reduzindo recorrência local e permitindo estadiamento.
- (E) aumentar a extensão da margem distal, reduzindo a necessidade de amputação abdominoperineal em tumores localmente avançados.

55

Paciente de 60 anos apresenta adenocarcinoma localizado a 2 cm da borda anal. A ressonância demonstra tumor cT2N0, sem invasão do esfíncter externo, do músculo levantador do ânus ou da fáscia mesorretal. Após discussão multidisciplinar, considera-se a possibilidade de preservação esfinteriana.

O principal fator que determina essa possibilidade é

- (A) a inexistência de resposta completa à terapia neoadjuvante previamente realizada.
- (B) a ausência de comprometimento linfonodal identificada pela ressonância magnética pré-operatória.
- (C) o grau de diferenciação histológica obtido na biópsia inicial, independentemente da localização tumoral.
- (D) a idade inferior a 65 anos, considerando a melhor recuperação funcional após anastomoses ultrabaixas.
- (E) a obtenção de margens oncológicas adequadas associada à preservação de um mecanismo esfinteriano funcional.

56

Homem de 57 anos apresenta adenocarcinoma do reto médio tratado com quimiorradioterapia seguida de ressecção anterior baixa com excisão total do mesorreto. O anatomopatológico demonstra ypT2N1, margem distal livre e margem circunferencial de ressecção de apenas 0,8 mm.

A principal implicação prognóstica desse achado reside no fato de que

- (A) a resposta parcial à neoadjuvância neutraliza o impacto prognóstico de margens circunferenciais reduzidas.
- (B) a margem circunferencial possui importância prognóstica apenas em tumores tratados sem terapia neoadjuvante.
- (C) o acometimento linfonodal passa a representar o único determinante da recorrência pélvica após cirurgia radical.
- (D) a proximidade da margem circunferencial aumenta o risco de recorrência local, mesmo quando as margens proximal e distal são negativas.
- (E) margens distais negativas eliminam a influência prognóstica da margem radial após excisão total do mesorreto.

57

Mário, 61 anos, apresenta adenocarcinoma do reto distal (cT3N1), localizado a 4cm da borda anal. Após terapia neoadjuvante, o exame digital evidencia ausência de lesão palpável, a retossigmoidoscopia mostra cicatriz esbranquiçada plana sem ulceração, e a ressonância magnética demonstra regressão completa do tumor, sem linfonodos suspeitos.

Assinale a afirmativa correta a respeito da conduta mais apropriada.

- (A) Deve-se realizar excisão local transanal para confirmação histológica da resposta completa antes da definição terapêutica.
- (B) A ausência de doença à ressonância elimina a necessidade de acompanhamento periódico, sendo suficiente controle clínico anual.
- (C) A amputação abdominoperineal deve ser indicada devido à localização distal do tumor inicial, independentemente da resposta obtida.
- (D) A ressecção anterior baixa permanece obrigatória, pois resposta clínica completa não apresenta correlação com resposta patológica.
- (E) Em pacientes selecionados, pode-se optar por estratégia de vigilância não operatória, desde que haja resposta clínica completa e seguimento intensivo.

58

Paciente de 64 anos, com bom desempenho funcional, foi incluído em protocolo de vigilância não operatória após resposta clínica completa. Oito meses depois, durante retossigmoidoscopia de rotina, observa-se pequena lesão vegetante no local da cicatriz, confirmada por biópsia como adenocarcinoma. A ressonância magnética não evidencia metástases ou invasão de órgãos adjacentes.

A conduta mais adequada é

- (A) reiniciar quimiorradioterapia, reservando cirurgia apenas para doença metastática.
- (B) manter observação clínica, pois recorrências locais iniciais frequentemente apresentam regressão espontânea.
- (C) realizar excisão endoscópica da lesão.
- (D) realizar cirurgia de resgate com intenção curativa, considerando que a maioria das recorrências locais precoces permanece potencialmente ressecável.
- (E) instituir quimioterapia paliativa sistêmica, considerando falha definitiva da estratégia conservadora.

59

Homem, 59 anos, submetido à ressecção anterior baixa com excisão total do mesorreto e anastomose colorretal baixa por adenocarcinoma do reto médio. No planejamento operatório discute-se a realização de ileostomia em alça de proteção.

O principal objetivo dessa derivação temporária é

- (A) evitar síndrome da ressecção anterior baixa durante o primeiro ano após a cirurgia.
- (B) reduzir o risco de recorrência local por diminuir a contaminação bacteriana da pelve.
- (C) permitir reconstrução intestinal mais precoce em pacientes submetidos à quimiorradioterapia.
- (D) reduzir a gravidade das consequências clínicas de eventual deiscência da anastomose distal, sem impedir sua ocorrência.
- (E) diminuir diretamente a incidência de fístula anastomótica por meio da redução da tensão sobre a linha de sutura.

60

Maria, 56 anos, retorna seis meses após ressecção anterior baixa com excisão total do mesorreto. Refere evacuações muito frequentes, urgência fecal, fragmentação das evacuações e episódios ocasionais de incontinência, sem evidências de recorrência tumoral.

A síndrome que explica mais adequadamente esse quadro é a

- (A) colite actínica tardia, obrigatoriamente relacionada ao tratamento neoadjuvante.
- (B) síndrome do intestino curto, decorrente da redução da superfície absorptiva após colectomia segmentar.
- (C) disfunção autonômica secundária à ligadura da artéria mesentérica inferior, causando aceleração difusa do trânsito intestinal.
- (D) neuropatia periférica induzida pela quimioterapia, manifestando-se predominantemente por urgência evacuatória.
- (E) síndrome da ressecção anterior baixa, relacionada à redução da capacidade de reservatório retal e às alterações funcionais decorrentes da cirurgia.

61

Homem de 67 anos apresenta recorrência pélvica isolada, após três anos do tratamento curativo do adenocarcinoma do reto. A investigação por tomografia e ressonância magnética não evidencia metástases à distância.

A estratégia que oferece maior possibilidade de controle prolongado da doença é a

- (A) excisão local limitada da lesão recorrente, mesmo quando houver comprometimento de estruturas vizinhas.
- (B) quimioterapia exclusiva, considerando que recorrências pélvicas não apresentam benefício com tratamento cirúrgico.
- (C) derivação intestinal definitiva, reservando qualquer tratamento oncológico apenas para controle de sintomas.
- (D) ressecção radical da recorrência com intenção de obtenção de margens livres (R0), quando tecnicamente possível e clinicamente indicada.
- (E) radioterapia isolada, independentemente do tratamento previamente recebido e da possibilidade de ressecção completa.

62

Mulher de 70 anos apresenta adenocarcinoma do cólon sigmoide (cT3N1) associado a uma metástase hepática sincrônica única, de 2,5 cm, no segmento VI. Não há doença extra-hepática, e tanto o tumor primário quanto a lesão hepática são considerados tecnicamente ressecáveis por equipe especializada. A paciente apresenta ECOG 0.

Assinale a afirmativa mais correta, de acordo com as recomendações atuais, para o caso.

- (A) A presença de linfonodos regionais positivos no tumor primário contraindica ressecção hepática com intenção curativa.
- (B) A presença de metástase hepática sincrônica impõe quimioterapia neoadjuvante antes de qualquer procedimento cirúrgico.
- (C) A hepatectomia deve preceder obrigatoriamente a colectomia para evitar disseminação metastática durante a manipulação do tumor primário.
- (D) A ressecabilidade da doença é o principal determinante da intenção curativa, sendo aceitáveis estratégias como ressecção simultânea ou em estágios, associadas ou não à quimioterapia perioperatória, conforme as características do caso.
- (E) A ressecção simultânea do tumor primário e da metástase hepática deve ser evitada, mesmo em pacientes selecionados, devido ao aumento comprovado da mortalidade perioperatória.

63

Homem de 59 anos é submetido a hemicolectomia esquerda por adenocarcinoma obstrutivo do cólon descendente. O anatomopatológico evidencia pT3N2, com 5 de 24 linfonodos comprometidos e margens livres.

Em relação à indicação de tratamento complementar para o caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) A presença de margens livres elimina a necessidade de qualquer tratamento sistêmico adicional.
- (B) A obstrução intestinal representa fator prognóstico apenas quando associada à perfuração tumoral.
- (C) O número absoluto de linfonodos comprometidos não influencia o prognóstico após ressecção R0.
- (D) O estadiamento patológico perde importância quando há apresentação inicial com obstrução intestinal.
- (E) O comprometimento linfonodal caracteriza doença estágio III, sendo a quimioterapia adjuvante componente fundamental do tratamento.

64

Homem de 67 anos apresenta PSA de 13,6 ng/mL. A ressonância multiparamétrica evidencia lesão PI-RADS 5 na zona periférica esquerda com provável extensão extracapsular. A biópsia por fusão demonstra adenocarcinoma Gleason ISUP 4 (4 + 4 = 8) em 7 de 12 fragmentos. PET-PSMA não demonstra metástases. O estadiamento clínico é cT3aN0M0 e o paciente apresenta ECOG 0.

O tratamento mais recomendado é a

- (A) radioterapia prostática isolada.
- (B) terapia de privação androgênica isolada.
- (C) vigilância ativa, devido à ausência de metástases.
- (D) quimioterapia com docetaxel como tratamento inicial obrigatório.
- (E) prostatectomia radical com linfadenectomia pélvica estendida ou radioterapia associada à terapia de privação androgênica, ambas com intenção curativa.

65

João, 70 anos, apresenta PSA de 5,9 ng/mL. A biópsia demonstra adenocarcinoma ISUP 1 (Gleason 3+3), identificado em um de doze fragmentos, comprometendo 6% do cilindro. O toque retal é normal, a ressonância não demonstra extensão extracapsular e o paciente apresenta expectativa de vida superior a 15 anos.

A estratégia que apresenta a melhor relação entre controle oncológico e morbidade é a

- (A) terapia hormonal isolada.
- (B) quimioterapia adjuvante.
- (C) radioterapia associada à terapia hormonal.
- (D) vigilância ativa com monitorização clínica, laboratorial e reavaliação histológica periódica.
- (E) prostatectomia radical imediata, associado a quimioterapia adjuvante.

66

Fernando, 72 anos, apresenta adenocarcinoma prostático metastático, hormônio-sensível, com múltiplas metástases ósseas, PSA de 210 ng/mL e ECOG 1.

Em relação à estratégia terapêutica atual, assinale a afirmativa correta.

- (A) A prostatectomia radical constitui o tratamento padrão.
- (B) A quimioterapia isolada substitui a terapia hormonal.
- (C) A castração cirúrgica está formalmente contraindicada
- (D) Radioterapia prostática isolada aumenta a sobrevida em todos os pacientes metastáticos.
- (E) A terapia de privação androgênica permanece a base do tratamento, podendo ser intensificada com agentes hormonais de nova geração ou docetaxel em pacientes selecionados.

67

Homem, 63 anos, apresenta PSA persistentemente elevado (9,2 ng/mL), toque retal normal e biópsia prostática sistemática negativa realizada há oito meses. A ressonância multiparamétrica evidencia lesão PI-RADS 5 na zona de transição anterior.

A melhor conduta é

- (A) iniciar terapia hormonal.
- (B) repetir PSA em 12 meses.
- (C) indicar prostatectomia radical.
- (D) solicitar PET-PSMA antes de qualquer novo procedimento.
- (E) realizar nova biópsia da lesão PI-RADS 5 direcionada pela fusão de imagem (RM-USG).

68

Homem de 68 anos é submetido à RTU de bexiga por lesão papilífera de 3 cm. O anatomopatológico demonstra carcinoma urotelial de alto grau invadindo a lâmina própria (pT1HG). Há músculo detrusor representado na peça e livre de neoplasia. Não há carcinoma *in situ* concomitante.

O fator que justifica a realização rotineira de uma segunda ressecção transuretral é

- (A) a redução do risco de metástases à distância.
- (B) a necessidade de confirmar a ausência de carcinoma *in situ*.
- (C) o aumento da eficácia da quimioterapia sistêmica.
- (D) a elevada incidência de doença residual e de subestadiamento para invasão muscular.
- (E) a impossibilidade de tratamento intravesical após uma única RTU.

69

Homem de 70 anos apresenta carcinoma urotelial cT2N0M0. A função renal é normal, ECOG 0 e não há contraindicações ao uso de cisplatina.

A seguinte estratégia apresenta o maior benefício comprovado em sobrevida:

- (A) RTU seguida de BCG.
- (B) radioterapia exclusiva.
- (C) cistectomia radical isolada.
- (D) quimioterapia adjuvante obrigatória após cistectomia.
- (E) quimioterapia neoadjuvante baseada em cisplatina seguida de cistectomia radical com linfadenectomia pélvica.

70

Homem de 64 anos apresenta carcinoma urotelial Ta de baixo grau, único, completamente ressecado por RTU. Não há história prévia de recorrência.

A seguinte intervenção reduz comprovadamente a recorrência tumoral, sem alterar a progressão da doença:

- (A) cistectomia parcial.
- (B) radioterapia adjuvante.
- (C) quimioterapia sistêmica.
- (D) instilação intravesical única de quimioterapia imediatamente após a RTU.
- (E) BCG de manutenção por três anos.

71

Paciente de 66 anos é submetido a cistectomia radical após quimioterapia neoadjuvante por carcinoma urotelial músculo-invasivo.

Além da retirada da bexiga, o componente cirúrgico que possui maior importância para o adequado estadiamento oncológico é a

- (A) ressecção do reto.
- (B) linfadenectomia pélvica.
- (C) ureterectomia bilateral.
- (D) adrenalectomia bilateral.
- (E) ressecção rotineira da uretra.

72

Homem de 59 anos apresenta massa renal sólida de 3,4 cm localizada no polo inferior do rim esquerdo, completamente exofítica. A tomografia não demonstra adenomegalias ou metástases. A função renal é normal e o rim contralateral é saudável.

A seguinte estratégia oferece melhor equilíbrio entre controle oncológico e preservação funcional:

- (A) quimioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia.
- (B) nefrectomia parcial, sempre que tecnicamente factível.
- (C) vigilância ativa, independentemente da idade e das comorbidades.
- (D) ablação térmica obrigatória antes de qualquer tratamento cirúrgico.
- (E) nefrectomia radical por representar o tratamento padrão para as neoplasias renais localizadas.

73

Joana, 66 anos, apresenta, em tomografia, massa renal sólida de 8 cm restrita ao rim direito, com íntimo contato com o hilo renal e sistema coletor, captante heterogênea, sugestiva de carcinoma de células renais (cT2aN0M0), sem trombo venoso. O rim contralateral apresenta função preservada.

A conduta mais apropriada para o caso é

- (A) nefrectomia radical.
- (B) vigilância ativa.
- (C) terapia-alvo neoadjuvante seguida de nefrectomia parcial obrigatória.
- (D) terapia-alvo neoadjuvante como tratamento padrão.
- (E) biópsia renal percutânea de rotina, para confirmação histológica, antes de qualquer tratamento.

74

Mulher de 46 anos apresenta sangramento pós-coital. A biópsia demonstra carcinoma epidermoide invasivo do colo uterino. A ressonância evidencia tumor restrito ao colo, medindo 3,2 cm, sem invasão parametrial ou comprometimento do terço inferior da vagina. Não há linfonodos suspeitos.

Segundo a classificação FIGO, o estadiamento é

- (A) IB1
- (B) IB2
- (C) IIA1
- (D) IIB
- (E) IIIC1

75

Mulher de 49 anos apresenta carcinoma do colo uterino. A ressonância evidencia tumor de 2,5 cm restrito ao colo. O PET/CT demonstra linfonodos ilíacos externos hipercaptantes, confirmados posteriormente como metastáticos por biópsia, sem evidência de metástases à distância.

Segundo a classificação FIGO 2018, o estadiamento é

- (A) IB2
- (B) IIB
- (C) IIIC1
- (D) IIIA
- (E) IVA

76

Maria, 66 anos, apresenta sangramento uterino pós-menopausa. A biópsia endometrial demonstra adenocarcinoma endometriode grau 1. A ressonância evidencia lesão restrita ao corpo uterino, com invasão inferior a 50% do miométrio, sem comprometimento cervical ou doença extrauterina.

A conduta inicial mais apropriada é a

- (A) histerectomia subtotal.
- (B) radioterapia exclusiva.
- (C) hormonioterapia exclusiva.
- (D) quimioterapia neoadjuvante.
- (E) histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral e estadiamento cirúrgico.

77

Silvia, 63 anos, foi submetida à histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral. O anatomopatológico demonstra adenocarcinoma endometriode com invasão de 70% do miométrio, sem comprometimento cervical, anexial ou linfonodal.

Segundo a FIGO, o estadiamento é

- (A) IB
- (B) IA
- (C) II
- (D) IIIA
- (E) IIIC1

78

Mulher de 71 anos é submetida à cirurgia por adenocarcinoma endometriode. O anatomopatológico demonstra comprometimento dos anexos por extensão tumoral, sem linfonodos comprometidos e sem metástases à distância.

Segundo a FIGO, o estadiamento é

- (A) IIIA
- (B) IIIB
- (C) II
- (D) IIIC1
- (E) IVA

79

Joana, 62 anos, apresenta aumento progressivo do volume abdominal e perda ponderal há quatro meses. A tomografia evidencia massa anexial complexa de 11 cm, ascite moderada e implantes peritoneais. Não há metástases à distância. A paciente apresenta bom desempenho funcional (ECOG 0).

A estratégia terapêutica inicial mais apropriada para o caso é a

- (A) histerectomia total isolada.
- (B) radioterapia pélvica exclusiva.
- (C) ooforectomia unilateral por videolaparoscopia.
- (D) quimioterapia adjuvante antes da definição da extensão da doença.
- (E) cirurgia de citorredução primária com estadiamento cirúrgico completo, quando a ressecção completa da doença for considerada factível.

80

Mulher de 54 anos, assintomática, questiona sobre fatores relacionados ao câncer epitelial de ovário após sua irmã ser diagnosticada com a doença.

Assinale a afirmação correta sobre a epidemiologia desse tumor.

- (A) A maioria dos tumores epiteliais de ovário ocorre em mulheres com menos de 40 anos.
- (B) A maioria dos casos de câncer epitelial de ovário está relacionada a síndromes hereditárias.
- (C) O rastreamento populacional com ultrassonografia transvaginal reduz comprovadamente a mortalidade por câncer de ovário.
- (D) O câncer epitelial de ovário é a principal causa de morte por câncer ginecológico.
- (E) O câncer epitelial de ovário é diagnosticado predominantemente em estádios iniciais devido ao aparecimento precoce de sintomas.

Realização

