## 2ª. PARTE – CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

### CANCEROLOGIA

21. Na imunohistoquímica, qual(is) dos marcadores tumorais abaixo, em um paciente com carcinoma metastático de sítio primário desconhecido, sugere primário de pulmão?

a) S100, vimentina, HMB-45.
b) Vimentina, desmina.
c) TTF-1.
d) NSE, cromogranina, sinaptofisina.

22. Dentre as neoplasias metastática de sítio primário desconhecidas, o maior grupo de pacientes, cerca de 80% dessa população, é representado por:

a) Carcinoma epidermoide.
b) Adenocarcinoma bem diferenciado e moderadamente diferenciado.
c) Carcinoma e adenocarcinoma pobremente diferenciado.
d) Carcinomas neuroendócrinos.

23. Nos tumores de baixo risco (T1-2N0) do reto, podemos afirmar, quanto à indicação de tratamento adjuvante que:

a) No tumor de reto médio, com lesão moderadamente diferenciada, há indicação de tratamento adjuvante.
b) No tumor de reto alto, com componente mucinoso, há indicação de tratamento adjuvante.
c) No tumor de reto alto, com invasão vascular, há indicação de tratamento adjuvante.
d) No tumor de reto baixo, com invasão perineural, há indicação de tratamento adjuvante.

24. No câncer de endométrio, o tipo histológico mais comumente diagnosticado é o:

a) Adenocarcinoma endometrial típico.
b) Carcinoma seroso papilífero.
c) Carcinoma de células claras.
d) Carcinoma mucinoso.

25. Epidemiologicamente, no câncer de endométrio, qual dos fatores abaixo, se enquadra como fator de risco?

a) Numerosas gestações.
b) Menarca tardia.
c) Menopausa tardia.
d) Uso de anastrozol.

26. Paciente apresentando carcinoma uterino com invasão da serosa. O tratamento proposto mais adequado deverá ser:

a) Histerectomia total, salpingo-oforectomia bilateral e braquiterapia pós-operatória.
b) Histerectomia total, salpingo-oforectomia bilateral com linfadenectomia pélvica e lavado peritoneal seguido de quimioterapia, seguido de radioterapia externa.
c) Histerectomia total, salpingo-oforectomia bilateral com linfadenectomia pélvica/ para-aórtica e lavado peritoneal seguido de quimioterapia seguido de radioterapia externa e braquiterapia endovaginal.
d) Quimioterapia neoadjuvante seguido de cirurgia e radioterapia.

27. O tipo histológico mais comum no câncer de colo de útero é o:

a) Carcinoma adenoescamoso.
b) Adenocarcinoma mucinoso.
c) Adenocarcinoma seroso.
d) Carcinoma de células escamosa.

28. No câncer de colo de útero, o tipo histológico que raramente cursa com metástase, mas a invasão local pode ser extensa e a morte usualmente ocorre por obstrução ureteral, infecção ou hemorragia:

a) Carcinoma de célula escamosa.
b) Carcinoma verrucoso.
c) Carcinoma de célula escamosa papilar.
d) Adenocarcinoma escamoso.

29. Paciente feminina, 55 anos, com câncer de pulmão não pequenas células, estádio IV com metástase cerebral, tipo histológico não escamoso, portador de mutação EGFR, PS 0. Recomenda-se como primeira escolha o seguinte tratamento:

a) Pemetrexede.
b) Inibidor de tirosina kinase.
c) Quimioterapia associado ao bevacizumabe.
d) Quimioterapia associado ao cetuximabe.

30. Paciente masculino, 52 anos, com câncer de pulmão esquerdo, pequenas células, com linfonodos mediastinais contralaterais e supraclavicular ipsilateral. O tratamento melhor indicado é:

a) Quimioterapia exclusiva.
b) Cirurgia seguida de quimioterapia adjuvante.
c) Quimioterapia com radioterapia concomitante durante só o primeiro ciclo.
d) Radioterapia exclusiva.

31. Paciente com carcinoma epidermoide de esôfago, compreendido entre o recesso cricofaríngeo e o arco da aorta, que compromete até a submucosa superficial. O tratamento recomendado neste caso é:

a) Mucosectomia endoscópica definitiva, com margens livres.
b) Radioterapia e quimioterapia combinada.
c) Ressecção cirúrgica.
d) Ressecção cirúrgica seguido de quimioterapia adjuvante.

32. Com relação aos tumores de esôfago, podemos afirmar que:

a) Carcinoma epidermoide ocorre mais no esôfago distal.
b) Adenocarcinoma ocorre mais no esôfago médio.
c) Carcinoma epidermoide está mais associado ao tabagismo.
d) Adenocarcinoma está mais associado ao etilismo.

33. Um paciente com câncer do estômago, observou-se no estadiamento clínico que o tumor infiltra a lâmina própria e não se observa linfonodos comprometidos ou metástase; foi indicado ressecção exclusiva. Podemos afirmar neste caso que:

a) Ressecção subtotal com margens livres é equivalentes à gastrectomia total.
b) Ressecção mais ampla, incluindo linfonodos para aórticos melhoram os índices de SG.
c) A cirurgia aberta oferece resultados melhores que a cirurgia laparoscópica.
d) Há aumento significativo de sobrevida com ressecção D2 quando comparado à ressecção D1.

34. Paciente com câncer de estômago, com estadiamento clínico T3N1M0, III A, qual o tratamento mais recomendado:

a) Quimioterapia neoadjuvante seguido de cirurgia e quimioterapia adjuvante.
b) Quimioterapia e radioterapia adjuvante.
c) Quimioterapia exclusiva.
d) Radioterapia exclusiva.

35. Com relação aos tumores do intestino delgado, podemos afirmar que:

a) A maioria é representado por sarcomas.
b) Os adenocarcinomas são divididos em pancreato biliar e intestinal, sendo o primeiro de pior prognóstico.
c) São preferencialmente localizados no íleo.
d) Em geral os adenocarcinomas apresentam-se clinicamente com doença localizada.

36. É correto afirmar com relação ao tumor de pâncreas:

a) As lesões no corpo ou na cauda apresentam-se, na maioria das vezes, em fases mais precoces, sendo comumente ressecáveis.
b) A confirmação histológica não é necessário.
c) As neoplasias papilíferas mucinosas têm prognóstico significativamente melhor.
d) A ultrassonografia com biópsia tem maior risco de contaminação peritoneal por células cancerosas que a biópsia por via percutânea.

37. Paciente com adenocarcinoma de cabeça de pâncreas, que invade a artéria mesentérica superior, com linfonodos comprometidos e sem metástase à distância, o tratamento recomendado é:

a) Duodenopancreatectomia (Whipple).
b) Duodenopancreatectomia seguido de quimioterapia adjuvante com gencitabina.
c) Duodenopancreatectomia seguido de quimioterapia e de radioterapia.
d) Quimioterapia exclusiva.

38. No câncer de canal anal T4N1, o tratamento mais indicado deverá ser:

a) Radioterapia exclusiva.
b) Radioterapia combinado com quimioterapia.
c) Radioterapia combinado com quimioterapia seguido de ressecção cirúrgica.
d) Cirurgia exclusiva.

39. No hepatocarcinoma, podemos afirmar:

a) A trombose da veia porta interfere na decisão terapêutica.
b) A variante fibrolamelar é rara e apresenta pior prognóstico.
c) Radioablação pode ser considerada curativa, com resultados semelhantes ao da ressecção cirúrgica.
d) A biópsia nos pacientes, com imagem típica e a elevação da afp maior ou igual a 100 mg/ml, não é absolutamente necessária.

40. Dentre os tumores de vias biliares, o tumor de Klatskin corresponde ao:

a) Carcinoma da vesícula biliar.
b) Colangio carcinoma intra-hepático.
c) Colangio carcinoma extra-hepático hilar.
d) Colangio carcinoma extra-hepático distal.

41. No câncer de ovário epitelial, é correto afirmar:

a) O prognóstico não é comprometido, caso a cápsula seja rompida pelo cirurgião.
b) Em caso de carcinoma mucinoso, o apêndice deve ser sempre removido.
c) A citorredução não parece ser benéfica em estádio IV.
d) A extensão da linfadenectomia parece não ter relevância nas taxas de sobrevida dos pacientes em estádio I.

42. Hipoestesia térmica e dolorosa contralateral à lesão, sídrome de *Claude Bernard-Horner* e incoordenação epsilateral ao deambular nos primeiros dias são paraefeitos possíveis quando tentamos o controle da dor por meio de:

a) Neurólise celíaca.
b) Mielotomia Extraleminiscal.
c) Infusão de morfina e anestésicos locais no espaço intratecal.
d) Cordotomia Anterolateral.

43. No melanoma, o estadiamento por TC de pescoço + tórax e TC de abdome total + pelve ou tomografia computadorizada por emissão de pósitrons (PET-TC), bem como pesquisa laboratorial com obtenção de hemograma, função hepática e renal mais LDH, justifica-se nas seguintes situações:

a) Em pacientes com comprometimento nodal macroscópico.
b) Em pacientes com linfonodo sentinela positivo microscopicamente, mas cujo primário tem "Breslow" > 4 mm ou é ulcerado.
c) Alternativas "a" e "b" corretas.
d) Alternativas "a" e "b" incorretas.

44. Com relação ao câncer gástrico, qual dos marcadores tumorais abaixo pode ser utilizado como balizador da presença de disseminação peritoneal?

a) CA 19-9.
b) CA 125.
c) LDH.
d) CEA.

45. Podemos afirmar que, aumentam o risco de desenvolver neoplasia primária de intestino delgado associada a pólipos adenomatosos ou displasia:

a) Doença de Crohn.
b) Síndrome de Lynch.
c) "a" e "b" estão corretas.
d) "a" e "b" estão incorretas.

46. A lesão precursora do adenocarcinoma pulmonar é tipicamente:

a) Displasia brônquica.
b) Fibrose pulmonar.
c) Enfisema centrolobular.
d) Hiperplasia alveolar atípica.

47. No câncer de mama, quando indicamos radioterapia?

a) Mais de três linfonodos positivos.
b) Linfonodos com extravasamento extracapsular.
c) Tumor > 5 cm ou que invada pele ou músculo.
d) Todas as acima.

48. Quanto às modalidades de tratamento do câncer de próstata, é correto afirmar que:

a) As taxas de curabilidade entre a prostatectomia radical, radioterapia e braquiterapia são superponíveis na doença de risco baixo.

b) Em hipótese alguma, deve-se considerar um paciente de risco baixo candidato a supressão dos níveis de testosterona.

c) Prostatectomia radical e radioterapia são tratamentos excludentes.

d) Não está indicado o uso de supressão hormonal em doença metastática.

49. Quimioterapia adjuvante com esquema M-VAC, após cistectomia por tumor de bexiga é, usualmente, feita por quantos ciclos?

a) 6.
b) 4.
c) 8.
d) Indefinido, enquanto houver resposta tumoral.

50. O advento dos anticorpos monoclonais, no tratamento do tumor de células claras renal (sunitinibe e sorafenibe), revolucionou a evolução e o prognóstico desses pacientes no que se refere à sobrevida e qualidade de vida. No entanto, em doença metastática, uma contraindicação formal obriga avaliação específica. Essa contraindicação é, entre as listadas abaixo:

a) Múltiplas metástases hepáticas.
b) Metástases ósseas, com dor de forte intensidade.
c) Metástase cerebral, isolada ou múltipla.
d) Comprometimento de medula óssea pela doença.