

Curso Preparatório para
Prova de Título de Especialista em

ONCOLOGIA CLÍNICA

Provas comentadas

Curso Preparatório para
Prova de Título de Especialista em

ONCOLOGIA CLÍNICA

Provas comentadas



RJ Estrada do Bananal, 56 - Jacarepaguá - Rio de Janeiro - RJ - (21) 2425-8878
SP (11) 97269-9516
www.universodoc.com.br | atendimento@universodoc.com.br



CEO

Renato Gregório

Gerentes editoriais

Marcello Manes e Thamires Cardoso

Coordenador médico

Guilherme Sargentelli (CRM: 541480-RJ)

Coordenadora de Pró-DOC

Alice Selles

Marketing

Alberto Davis, Alanderson Verissimo, Anna Brito, Heryka Nascimento e Sergio Oliveira

Coordenadores e revisores

Bruno Aires e Mariana Lopes

Designers gráficos

Camila Martins, Mariana Matos, Monica Mendes e Samara Orgélio

Gerentes de relacionamento

Antonio Peres, Fabiana Costa, Karina Maganhini, Sâmia Nascimento e Thiago Garcia

Assistente comercial

Jessica Oliveira

Produção gráfica

Abraão Araújo, Lucelena Vidal 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, 2023.

ISBN 978-85-8400-163-7 (volume digital)

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)



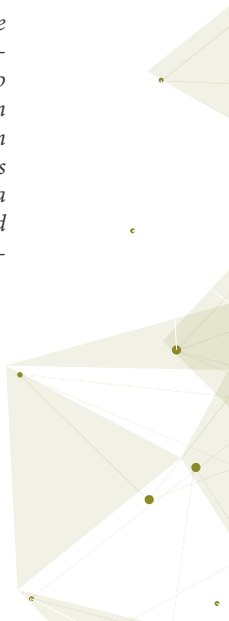
Carlos Gil Ferreira

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 Grupo Oncoclínicas; oncologista clínico, fundador e CEO do Grupo Oncoclínicas; graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 1993; observership em Oncologia Clínica na Universidade do Texas (MD Anderson Cancer Center) e Fellowship na Oncology Consultants em Houston; Former Member do Comitê de Clinical Guidelines da ASCO (American Society of Clinical Oncology); Membro da ASCO, Membro Afiliado da Stanford Alumni Association (Stanford University Graduate School of Business) e Membro Titular da Academia Mineira de Medicina



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

Andreia Melo

Coordenadora do módulo Tumores Ginecológicos

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

Carlos Fruet

Coordenador do módulo Tumores Geniturinários

Carolina Fittipaldi

Coordenadora do módulo Tumores do Sistema Nervoso Central

Mariano Zalis

Coordenador do módulo de Diagnóstico de Precisão

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 e do módulo Tumores da Mama

Renata D'Alpino

Coordenadora do módulo Tumores Gastrointestinais

Rodrigo Perez Pereira

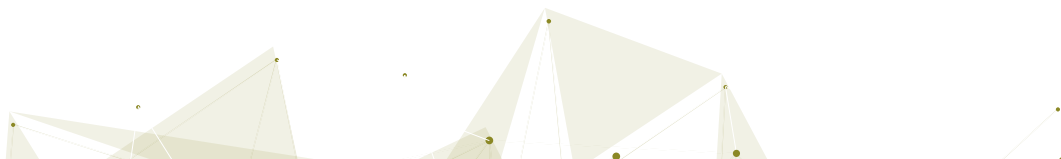
Coordenador do módulo Tumores da Pele

Sarah Ananda

Coordenadora do módulo Cuidados Paliativos e Oncogeriatría

William Nassib William Junior

Coordenador do módulo Tumores Torácicos



SUMÁRIO

9

TEOC 2022

10

Gabarito TEOC 2022

57

Questões comentadas

129

TEOC 2021

130

Gabarito TEOC 2021

174

Questões comentadas

258

TEOC 2020

259

Gabarito TEOC 2020

305

Questões comentadas

373

TEOC 2019

374

Gabarito TEOC 2019

420

Questões comentadas

PREFÁCIO

A educação vem progressivamente ganhando 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 o **Curso Preparatório para Prova de Título de Especialista em Oncologia Clínica – OC-TEOC**, atualizado, revisado e pronto para atender aos anseios daqueles que buscam excelência dentro da Oncologia.

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

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



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

Rio de Janeiro, inverno de 2023

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 Frastrone – Coordenadora de Ensino e Inovação
Flavia Christina Moitinho Ferreira da Silva – Especialista de Ensino
João Paulo de Almeida – Analista Administrativo III
Vinicius de Oliveira Bartole – Analista Administrativo II
Joicelyn Monteiro – Assistente Administrativo
Suellen Duarte – Analista administrativo II
Yuri Arnaldo de Abreu – Secretário Acadêmico

TEOC 2022

1. Homem, 66 anos, procura o ambulatório de cirurgia torácica após ter sido identificada massa pulmonar em raio-X de tórax para avaliação de quadro suspeito de infecção por SARS-CoV-2 há um mês. Refere tabagismo ativo (32 maços-ano) e tosse crônica pela manhã com escarro esbranquiçado há 15 anos. Nega dispneia, hemoptise, dor torácica, perda de apetite ou emagrecimento, ou outros sintomas. O índice de desempenho na escala do ECOG é 0. Foi realizada tomografia computadorizada de tórax com contraste, que revelou massa pulmonar de 3,6cm no lobo inferior esquerdo periférica, sem contato com a parede torácica, sem adenomegalias hilares ou mediastinais. PET-CT demonstrou que essa massa pulmonar tem avidéz intensa por FDG. Não foram identificadas outras lesões suspeitas para neoplasia no hilo pulmonar, mediastino ou em órgãos distantes. Biópsia da massa pulmonar guiada por tomografia revelou adenocarcinoma. Não foram observados outros potenciais sítios de doença. Ressonância de cérebro dentro dos limites de normalidade. As provas de função pulmonar revelam que o paciente não tem contraindicação para retirada de até dois lobos do pulmão esquerdo. A melhor estratégia a ser seguida como próximo passo é a:

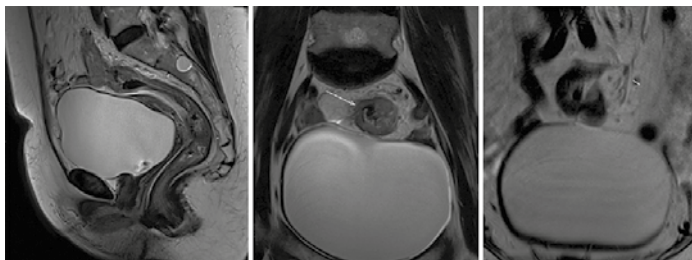
(A) Lobectomia inferior esquerda.

(B) Ressecção sublobar anatômica para retirada da neoplasia com margens de segurança de pelo menos 1cm.

(C) Mediastinoscopia.

(D) Radioterapia esterotóxica da massa pulmonar.

2. Paciente de 65 anos apresenta alteração de hábito intestinal com hematoquezia e nunca havia feito exames de rastreamento para câncer colorretal. No exame físico, incluindo o toque retal, não há anormalidades. A retossigmoidoscopia demonstra lesão vegetante que se inicia a 12cm da borda anal e apresenta extensão superior de 3cm. A biópsia dessa lesão indicou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. A RM de pelve, identificando a profundidade e localização do tumor, pode ser vista na figura a seguir. Nesse exame, também havia a presença de linfonodo perirretal suspeito. Na tomografia de tórax e abdômen superior, não há sinais de metástases.



Assinale a alternativa que apresenta a definição topográfica da lesão pela colonoscopia e o melhor próximo passo do tratamento.

- (A) Adenocarcinoma de reto alto, cirurgia.
- (B) Adenocarcinoma de reto médio, tratamento neoadjuvante total, iniciando com a quimioterapia.
- (C) Adenocarcinoma de reto médio, tratamento neoadjuvante total, iniciando com a radioterapia.
- (D) Adenocarcinoma de reto médio, quimiorradioterapia neoadjuvante.

3. Um senhor de 72 anos com histórico de hipertensão e diabetes, não dependente de insulina e sem disfunções orgânicas, apresentou-se à emergência devido a icterícia. Após avaliação radiológica, foi diagnosticado adenocarcinoma de pâncreas metastático para fígado. Ele foi submetido à drenagem de via biliar com sucesso e normalização da bilirrubina.

Foi optado por iniciar o seu tratamento com gencitabina e nab-paclitaxel, que levou a uma resposta inicial após quatro ciclos, mas progressão após o ciclo 12, com novos nódulos pulmonares assintomáticos. Manteve-se em ECOG 1. O paciente tem desejo de viver o máximo possível para testemunhar o casamento de sua filha, que deve acontecer em três meses. Com base em evidências da literatura, qual é a recomendação terapêutica mais apropriada?

- (A) Irinotecano em monoterapia.
- (B) Suporte clínico exclusivo, dado que nenhum tratamento demonstrou benefício nesse contexto.
- (C) Oxaliplatina + 5FU – FOLFOX.
- (D) Erlotinibe.

5. Paciente feminina, atualmente com 35 anos, foi diagnosticada com adenocarcinoma de cólon direito aos 34 anos e submetida à colectomia parcial. O exame de imuno-histoquímica do tumor evidenciou perda de



expressão das proteínas MSH2 e MSH6. Realizou investigação genética com painel multigênico, que identificou uma variante germinativa patogênica (deleção terminal) no gene EPCAM. Assinale a alternativa que apresenta corretamente a conduta a ser dedicada à paciente.

(A) A paciente deve ser informada sobre a necessidade de colectomia total por risco significativamente aumentado de novos tumores primários do cólon.

(B) Após ter sua prole constituída, deve ser discutida com a paciente a realização de histerectomia redutora de risco sem salpingo-ooforectomia bilateral, pelo alto risco de câncer de endométrio.

(C) O uso de aspirina deve ser discutido, considerando evidências recentes de redução do risco de câncer colorretal em pacientes com síndrome de Lynch.

(D) O diagnóstico de síndrome de Lynch só pode ser feito após demonstração de instabilidade de microssatélites no tumor, uma vez que o gene EPCAM não faz parte dos genes do sistema de reparo do DNA.

6. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) foi criada pela lei 12.401, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ela tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde (MS) nas atribuições relativas a incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica. A estrutura de funcionamento da Conitec é composta por dois fóruns: o Plenário e a Secretaria Executiva. Uma instituição que não faz parte da composição formal do Plenário da Conitec é:

(A) O CFM – Conselho Federal de Medicina.

(B) O Conass – Conselho Nacional das Secretarias Estaduais de Saúde.

(C) A AMB – Associação Médica Brasileira.

(D) A ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

7. Tabagismo é o fator de risco para câncer mais conhecido e estudado desde a segunda metade do século XX: 1cm³ de fumaça de cigarro carrega cerca de 4 bilhões de partículas de 0,2µm e contém mais de 5 mil compostos químicos, dos quais pelo menos 70 são carcinógenos comprovados. Assinale a alternativa correta a respeito do tabagismo no Brasil.

(A) Apenas quatro tipos de câncer têm associação causal com tabagismo comprovada, dentre eles câncer de pulmão, vários tipos de câncer de cabeça e pescoço e leucemia mieloide.

(B) A prevalência de tabagismo no Brasil está em ascensão, tendo aumentado de 9,1% em 2006 para 15,7% em 2021, segundo dados do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico).

(C) O teste de Fageström é uma maneira simples de avaliar o grau de dependência ao tabaco e consiste em um questionário de 20 perguntas que pode ser facilmente encontrado na internet.

(D) O PCDT (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo) é um documento oficial do Sistema Único de Saúde (SUS) que estabelece os critérios para o diagnóstico do tabagismo, o tratamento, o uso de medicamentos e outros insumos apropriados, o acompanhamento e também trata dos resultados terapêuticos.

8. Paciente masculino, 57 anos, em tratamento para carcinoma pulmonar de pequenas células com carboplatina, etoposídeo e atezolizumabe, entra em contato com seu médico por apresentar febre, calafrios e lipotimia no 13º dia do terceiro ciclo. Possui antecedente de DPOC diagnosticada ao mesmo tempo que a neoplasia e de tratamento de tuberculose com RIPE há cinco anos. Orientado a procurar o pronto-socorro, seus sinais vitais eram os seguintes: T axilar = 38°C, FC = 132bpm, FR = 13ipm, PA = 80mmHg por 70mmHg, SatO₂ 93% em ar ambiente. Após receber uma dose de cefepime e 1.000ml de solução de Ringer-Lactato, recebeu os seguintes resultados de exames laboratoriais: Hb = 9,4g/dl, leucócitos = 820/mm³ (não realizada contagem diferencial), plaquetas 100 mil/mm³. A respeito desse caso, é correto afirmar que:

(A) Esse paciente deve ser internado para realização de antibioticoterapia venosa inicial. Caso, no exame físico, se encontrem lesões de pele, acrescentar vancomicina ao cefepime já prescrito.

(B) O paciente pode ser liberado com antibioticoterapia oral, desde que se tenha certeza da capacidade de acesso rápido a um pronto-socorro e internação, pois seu risco de complicações não é alto.

(C) O exame físico desse paciente deve ser minucioso, procurando possíveis focos infecciosos. O exame de região anogenital, com inspeção e toque retal, é imprescindível.

(D) O uso de fator estimulante de colônia de granulócitos deve ser usado, pois tem relação com redução de mortalidade nesse cenário.

9. A imagem a seguir mostra o excerto de um resultado de painel genômico somático obtido a partir da análise de uma biópsia de adenocarcinoma de pulmão.

Biomarker Findings

Microsatellite status – MS-Stable

Tumor Mutational Burden – 3 Muts/Mb

Genomic Findings

For a complete list of the genes assayed, please refer to the Appendix.

EGFR exon 19 deletion (E746_A750del), amplification

ARFRP1 amplification - equivocal[†]

RB1 splice site 2212-110_2315del214

TPS3 C135Y

A partir desse resultado e quanto aos achados genômicos e às estratégias terapêuticas a eles condicionados, é correto afirmar que o tumor apresenta:

- (A) Instabilidade de microssatélite (*microsatellite status*), e poderia ser tratado com inibidor de *checkpoint* imunológico.
- (B) Alta carga mutacional (*tumor mutational burden*), e poderia ser tratado com inibidor de *checkpoint* imunológico.
- (C) Uma fusão envolvendo o gene EGFR (*amplification*), e poderia ser tratado com anticorpo anti-EGFR.
- (D) Uma deleção intragênica (E746_A750del) do gene EGFR, e poderia ser tratado com inibidor de tirosina-quinase EGFR específico.

10. Paciente, 55 anos, pós-menopausa com história de histerectomia total há um mês, por via abdominal, por leiomiomas sintomáticos, sendo que o laudo histopatológico final demonstrou presença de leiomiossarcoma uterino de 4cm, com necrose e atipia exuberante, margens livres. Não houve morcelamento da lesão. Paciente procura seu ambulatório para orientação terapêutica. Qual é a recomendação correta para a paciente?

- (A) Recomendar complementação cirúrgica com salpingo-ooforectomia bilateral, omentectomia e linfadenectomia pélvica e para-aórtica.
- (B) Solicitar exames de imagem e, caso ausência de lesões residuais suspeitas, recomendar observação vigilante.
- (C) Solicitar exames de imagem e, caso ausência de lesões residuais suspeitas, recomendar quimioterapia adjuvante com gencitabina e paclitaxel.
- (D) Recomendar complementação cirúrgica com salpingo-ooforectomia e linfadenectomia e, na ausência de lesão residual, indicar tratamento adjuvante com gencitabina e paclitaxel.

11. Paciente de 58 anos, ECOG PS1, com diagnóstico de carcinoma de células claras de ovário, estágio FIGO 2021 IIIC, tratada com citorredução incompleta (doença residual em peritônio diafragmático de 2cm). Exames adicionais demonstraram ausência de mutação germinativa ou somática em BRCA-1 e BRCA-2 e presença de deficiência nas enzimas de reparo MLH1 e PMS2 (dMMR). Qual é a melhor conduta adjuvante baseada nas evidências atuais?

(A) Paciente com indicação de tratamento com quimioterapia intraperitoneal seguida de imunoterapia de manutenção.

(B) Paciente deverá ser tratada com quimioterapia baseada em platina (carboplatina e paclitaxel) por seis a oito ciclos, associada ou não a bevacizumabe concomitante e na manutenção.

(C) Paciente deverá ser tratada com quimioterapia baseada em platina (carboplatina e paclitaxel) por seis a oito ciclos associada a anti-PD-1 concomitante e manutenção.

(D) Paciente deverá ser tratada com quimioterapia dose densa, uma vez que apresenta benefício em sobrevida global em pacientes ocidentais.

12. Homem, 33 anos, foi diagnosticado com leiomiossarcoma de retroperitônio aos 32 anos. Foi submetido à ressecção cirúrgica e o laudo anatomopatológico trazido pelo paciente indicou que se tratava de uma lesão de baixo grau, sem necessidade de quimioterapia ou radioterapia. O paciente refere ter irmã com diagnóstico de câncer de mama aos 35 anos, com o seguinte perfil imuno-histoquímico: receptor de estrogênio 90%, receptor de progesterona 80%, HER-2 3/3+ e Ki-67 27%. Além disso, refere ter uma tia materna diagnosticada com câncer de mama aos 65 anos de idade.

Vem para a consulta encaminhado pelo oncologista. Em relação a esse caso, assinale a alternativa correta.

(A) O paciente tem indicação para realização do teste genético apenas para os genes BRCA-1 e BRCA-2, por sequenciamento Sanger ou NGS e MLPA com

**VEJA ESSE CONTEÚDO NA ÍNTEGRA
ACESSANDO A OC ACADEMIA:**

<http://ocacademia.com>

