



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

MISSÃO INSTITUCIONAL

Prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimentos, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania.

EDITAL Nº 03/2007 DE PROCESSOS SELETIVOS

**PS 14 – MÉDICO RADIOLOGISTA
(Radioterapia)**

Nº de Inscrição

Nome do Candidato

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS.

Proibida a reprodução, ainda que parcial, sem a prévia autorização da FAURGS e do HCPA.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL Nº 03/2007 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 14

MÉDICO RADIOLOGISTA (Radioterapia)

01.	B	11.	C	21.	ANULADA
02.	B	12.	ANULADA	22.	E
03.	E	13.	C	23.	E
04.	ANULADA	14.	E		
05.	ANULADA	15.	A		
06.	A	16.	D		
07.	C	17.	A		
08.	B	18.	C		
09.	B	19.	D		
10.	E	20.	A		

INSTRUÇÕES

- 01.** Verifique se este CADERNO DE PROVA corresponde ao **Processo Seletivo** para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 02.** Esta PROVA contém **25** questões, assim distribuídas: 23 questões objetivas e 2 questões dissertativas.
- 03.** Caso o CADERNO DE PROVA esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 04.** Para cada questão objetiva existe apenas **uma** alternativa correta.
- 05.** Preencha com cuidado a FOLHA ÓPTICA e responda às questões dissertativas diretamente no CADERNO DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas na FOLHA ÓPTICA a partir do número 24 serão desconsideradas.
- 06.** Utilize caneta esferográfica de tinta azul ou preta para assinalar as respostas das questões objetivas na FOLHA ÓPTICA e para responder às questões dissertativas no CADERNO DE RESPOSTAS, nos espaços destinados a elas.
- 07.** Durante a prova, não será permitido ao candidato qualquer espécie de consulta a livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de telefone celular, transmissor/receptor de mensagem ou similares e calculadora.
- 08.** Ao terminar a prova, o candidato deverá entregar a FOLHA ÓPTICA e o CADERNO DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 09.** A duração da prova é de **3 horas e 30 minutos**, incluindo o tempo destinado ao preenchimento das respostas das questões objetivas na FOLHA ÓPTICA e a elaboração das respostas das questões dissertativas no CADERNO DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA ÓPTICA e o CADERNO DE RESPOSTAS serão **imediatamente** recolhidos.
- 10.** O candidato somente poderá retirar-se do recinto da prova após transcorrida 1 (uma) hora do seu início.
- 11.** A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

Boa Prova!

01. De acordo com a *American Brachytherapy Society* (Nag *et al.*, 2000), uma recomendação aceitável de radioterapia externa (RTE) e braquiterapia intracavitária de alta taxa de dose (BATD) em uma paciente com carcinoma de endométrio inoperável, é

- (A) 45 Gy (RTE) e 7,0 Gy (BATD), calculados no ponto A, em 4 sessões.
- (B) 45 Gy (RTE) e 5,2 Gy (BATD), calculados a 2 cm da metade do comprimento ativo da sonda intrauterina, em 4 sessões.
- (C) 48 Gy (RTE) e 5,5 Gy (BATD), calculados a 2 cm da metade do comprimento ativo da sonda intrauterina, em 3 sessões.
- (D) 50 Gy (RTE) e 6,0 Gy (BATD), calculados no ponto A, em 3 sessões.
- (E) 50 Gy (RTE) e 5,0 Gy (BATD), calculados no ponto A, em 4 sessões.

02. Em um ensaio clínico randomizado, envolvendo dois esquemas diferentes de dose de radioterapia numa doença maligna, a terapia A foi comparada com a terapia B. O desfecho principal foi a taxa de respostas completas. O tamanho amostral, obtido por um cálculo que pretendia detectar 15% de diferença entre ambos os tratamentos, estipulou que seriam necessários 58 pacientes para que o experimento tivesse um poder estatístico de 80%, um erro alfa de 5% e um erro beta de 20%. O experimento foi concluído em dois anos, com 65 pacientes. Destes, 58 receberam os tratamentos nas doses e condições previamente planejadas. O resultado mostrou que, nas terapias A e B, os índices de respostas completas foram de 23% e 19%, respectivamente (razão de chances de 0,86; intervalo de confiança de 95% de 0,68-0,89), e a sobrevida total, de 45% e 38%, respectivamente (razão de chances de 1,08; intervalo de confiança de 95% de 0,90-1,26). Com base nos parâmetros estatísticos empregados e nos resultados obtidos, é possível afirmar, com segurança, que

- (A) a taxa de respostas completas e a sobrevida foram significativamente maiores com a terapia A em relação à B.
- (B) somente a taxa de respostas foi significativamente aumentada pela terapia A.
- (C) somente a sobrevida foi significativamente aumentada pela terapia A.
- (D) não houve benefício significativo na taxa de respostas e na sobrevida.
- (E) o tamanho amostral é insuficiente para permitir a significância do benefício.

03. Numere a segunda coluna de acordo com a primeira, associando as terapias alvo-dirigidas aos alvos moleculares apropriados para radiosensibilização.

- 1 - bevacizumab (Avastin®)
- 2 - celecoxib (Celebrex®), bortezomib (Velcade®)
- 3 - gefitinib (Iressa®), erlotinib (Tarceva®), cetuximab (Erbix®)

- () EGFR (*epidermal growth factor receptor*)
- () NF-κB (*nuclear factor kappaB*)
- () VEGF (*vascular endothelial growth factor*)

A seqüência numérica correta de preenchimento dos parênteses da segunda coluna, de cima para baixo, é

- (A) 1 – 2 – 3.
- (B) 1 – 3 – 2.
- (C) 3 – 1 – 2.
- (D) 2 – 1 – 3.
- (E) 3 – 2 – 1.

04. De acordo com o painel de consenso *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), o manejo inicial da anemia num paciente sintomático, com hemoglobina 10-11 g/dl e candidato à radioterapia, deve ser realizado com

- (A) transfusão de hemácias.
- (B) transfusão de sangue total.
- (C) prescrição de sulfato ferroso, via oral, diário.
- (D) prescrição de eritropoietina.
- (E) prescrição de darbepoietina.

05. Num paciente com leucemia linfoblástica aguda em segunda remissão, o papel da irradiação corporal total (TBI), antecedendo a quimioterapia de altas doses e o transplante alogênico de células-tronco, consiste em

- I - eliminar as células malignas do hospedeiro.
- II - eliminar as células de defesa do hospedeiro, para evitar rejeição ao transplante.
- III - desocupar espaços na medula óssea e permitir a recolonização com as células do hospedeiro.
- IV - reduzir a incidência de pneumonite intersticial.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas IV.
- (C) Apenas II e III.
- (D) Apenas I, II e III.
- (E) I, II, III e IV.

06. Embora sejam adotados todos os cuidados técnicos recomendados, a radioterapia pélvica pré ou pós-operatória, enquanto tratamento adjuvante do câncer de reto, pode acarretar efeitos tardios no intestino delgado. Estima-se que esses efeitos ocorram em, aproximadamente,

- (A) 5% dos casos.
- (B) 10% dos casos.
- (C) 15% dos casos.
- (D) 20% dos casos.
- (E) 25% dos casos.

07. Um paciente de 65 anos, apresentando como únicos sintomas sangramento intestinal eventual e perda ponderal de 3 kg nos últimos 6 meses, teve diagnosticado um adenocarcinoma, moderadamente diferenciado do reto, a 6 cm da margem anal. Ao toque, a lesão apresenta bordas elevadas, centro ulcerado e grau razoável de mobilidade. A ultra-sonografia endoscópica transretal revelou que:

- o tumor invadia desde a mucosa até a camada muscular própria e media 4,2 cm x 1,0 cm nos maiores diâmetros;
- os linfonodos do meso-reto mediam cerca de 0,8 cm;
- a gordura para-retal não apresentava alterações suspeitas.

O CEA media 12 ng/ml. Os resultados de avaliação tomográfica da pelve e do abdômen, bem como do estudo radiológico do tórax, foram considerados normais. Na reunião multidisciplinar, com base na seleção de pacientes dos estudos CAO/ARO/AIO-94 (Sauer e cols., NEJM, 2004; 351:1731), do *Gastrointestinal Tumor Study Group* (GITSG-7175, NEJM, 1986; 314:1294) e do *Mayo Clinic/North Central Cancer Treatment Group* (NCCTG) (Krook e cols., NEJM, 1991; 324:709), você proporia, como tratamento inicial para este paciente,

- (A) quimiorradioterapia neo-adjuvante.
- (B) cirurgia seguida de quimiorradioterapia adjuvante.
- (C) cirurgia.
- (D) quimioterapia neo-adjuvante.
- (E) cirurgia seguida de quimioterapia adjuvante.

08. Um paciente de 60 anos, com disúria progressiva e sem qualquer outro sintoma ou comorbidade, foi avaliado no hospital. Detectou-se um nódulo de 1,5 cm no lobo esquerdo da próstata, pesando cerca de 95 g, endurecido e com os sulcos laterais livres ao toque retal. O PSA de 2004 era de 6,5 ng/ml, o de 2005 era de 7,5 ng/ml e o atual, de 8,5 ng/ml. A biópsia prostática revelou um adenocarcinoma Gleason 8 (4+4), sem invasão perineural. Como a ecografia transretal mostrou um tumor aparentemente confinado à próstata, e todos os demais exames de avaliação oncológica pertinentes foram considerados normais, o paciente foi encaminhado para radioterapia. Com base nos estudos com grau de evidência 1 (ensaio clínico randomizado) disponíveis, qual o tratamento inicial que deve ser proposto?

- (A) Radioterapia externa da próstata e das vesículas seminais.
- (B) Deprivação androgênica, por três anos, a ser iniciada dois a três meses antes da radioterapia externa.
- (C) Deprivação androgênica, por três anos, a ser iniciada concomitantemente à radioterapia externa.
- (D) Deprivação androgênica por seis meses.
- (E) Radioterapia externa da próstata seguida de reforço com braquiterapia intersticial de alta taxa de dose.

09. Conforme a descrição clássica de R. E. Ellis (1961), o percentual de contribuição das vértebras sacrais, do crânio, dos membros superiores e dos pequenos ossos para com a medula hematopoiética é de, aproximadamente, 14%, 13%, 8% e 3%, respectivamente. Já a participação aproximada **das costelas, dos membros inferiores e das vértebras cervicais, dorsais e lombares** é de, respectivamente,

- (A) 8%, 8% e 46%.
- (B) 8%, 26% e 28%.
- (C) 20%, 22% e 20%.
- (D) 26%, 8% e 28%.
- (E) 26%, 28% e 8%.

10. Dado o grande risco de disseminação linfática nos pacientes com carcinoma brônquico não-de-pequenas-células estágio III, a irradiação eletiva do tumor e do mediastino, como tratamento primário, tem sido a regra em alguns centros internacionais, mesmo sem suspeita radiológica ou cirúrgica de envolvimento linfático regional. Recentemente, o benefício da irradiação mediastinal eletiva, nesses pacientes,

- (A) foi confirmado pelo estudo fase III EORTC 62-15 (Jeremic e cols., *Lancet Oncol*, 2005), que mostrou ganho significativo na sobrevida desses pacientes em comparação a pacientes irradiados somente no tumor primário.
- (B) foi confirmado pelas metanálises de Arriagada e cols. (*NEJM*, 2005) e do *Non-small Cell Lung Cancer Collaborative Group* (Pritchard e cols., 2001), demonstrando ganho significativo na sobrevida apenas em pacientes não-candidatos à quimioterapia concomitante.
- (C) foi confirmado pelo estudo fase III do *Non-small Cell Lung Cancer Study Group* (Sause e cols., *IJROBP*, 1999), demonstrando ganho significativo na sobrevida apenas em pacientes tratados com hiperfracionamento, em comparação a pacientes tratados com fracionamento normal.
- (D) foi confirmado por estudos retrospectivos do *MD Anderson Cancer Center* (Komaki e cols., *IJROBP*, 2004) e da Universidade de Washington (Choy e cols., *IJROBP*, 2003), demonstrando ganho significativo no controle loco-regional em comparação a pacientes irradiados somente no tumor primário.
- (E) ainda não foi confirmado em estudos fase III e é considerado altamente duvidoso por pesquisadores do *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* (Rosenzweig e cols., *IJROBP*, 2001) e da Universidade de Michigan (Hayman e cols., *ASCO*, 1999), os quais não observaram aumento significativo de recidivas em pacientes irradiados somente no tumor primário em comparação aos irradiados também no mediastino.

11. Detectou-se, em um paciente masculino de 60 anos, ECOG 1 e sem qualquer comorbidade, um carcinoma brônquico não-de-pequenas-células operável no brônquio do lobo superior direito. A avaliação oncológica realizada não revelou alterações significativas. A mediastinoscopia realizada também resultou normal. Foi, então, submetido à lobectomia. O pós-operatório transcorreu sem anormalidades. O exame AP foi consistente com um carcinoma epidermóide, bem diferenciado, medindo 3,5 x 2,0 cm, ressecado, com margens negativas e sem metástases em linfonodos hilares ou mediastinais. A reunião multidisciplinar do hospital avaliou o paciente para decidir a conduta a ser tomada, baseando-se nos estudos CALGB 9633 (Strauss e cols., 2004), Intergroup JBR.10 (Winton e cols., 2004), IALT (Arriagada e cols., 2004) e ANITA (Douillard e cols., 2006). A opção mais provável, frente a esse quadro, é sugerir

- (A) acompanhamento clínico periódico.
- (B) radioterapia adjuvante.
- (C) quimioterapia adjuvante.
- (D) radioterapia e quimioterapia seqüenciais adjuvantes.
- (E) radioterapia e quimioterapia concomitantes adjuvantes.

12. Detectou-se, em um paciente de 45 anos, em ótimo estado geral de saúde, um tumor, predominantemente no bordo lateral esquerdo da porção oral da língua, medindo 2 cm no maior diâmetro e aparentemente móvel em relação às estruturas profundas. Na cadeia subdígástrica homolateral, foi palpada uma linfadenopatia, de 1,5 cm, com características metastáticas. O restante da avaliação oncológica foi normal. O paciente foi submetido à hemiglossectomia com esvaziamento cervical radical esquerdo e supraomoióideo à direita. O exame AP mostrou um carcinoma epidermóide, moderadamente diferenciado, na língua, com 2,5 cm, margens cirúrgicas de 0,7 cm e metástase em um pequeno linfonodo cervical esquerdo, sem invasão extracapsular dentre 25 linfonodos no total. Com base nas informações disponíveis de ensaios clínicos randomizados, referendadas pelos painéis de consenso do *Physicians Data Query* (PDQ) e do NCCN, a conduta subsequente incluiria

- (A) observação clínica periódica.
- (B) radioterapia.
- (C) radioterapia com quimioterapia concomitante.
- (D) radioterapia com quimioterapia seqüencial.
- (E) quimioterapia adjuvante.

13. Um paciente em bom estado geral de saúde, 55 anos, sem outras patologias importantes, foi submetido a esofagectomia radical por apresentar um carcinoma epidermóide, no terço torácico médio, ressecado com margens livres, medindo 5 cm no maior eixo, invadindo a camada adventícia e com metástases em 3 dentre 15 linfonodos mediastinais. Com base em resultados de estudos de fase III para esse grupo de pacientes e em recomendações dos painéis de consenso do PDQ e NCCN, qual a conduta subsequente a ser indicada?

- (A) Radioterapia externa do mediastino e quimioterapia concomitantes.
- (B) Radioterapia externa do mediastino.
- (C) Observação clínica rigorosa.
- (D) Radioterapia externa do mediastino e quimioterapia seqüenciais.
- (E) Quimioterapia adjuvante.

14. Um paciente de 61 anos, previamente hígido, notou uma lesão de 2 cm no testículo direito e foi submetido a orquiectomia por via inguinal. O diagnóstico AP revelou um linfoma difuso de grandes células B e a avaliação clínica, inclusive com citologia do liquor, classificou a doença como estágio I. O caso foi discutido na reunião multidisciplinar do hospital, que se baseou na experiência retrospectiva do *MD Anderson Cancer Center* (Visco, 2001) e do *International Extranodal Lymphoma Group* (Zucca, 2000). De acordo com essas fontes, a conduta subsequente mais apropriada seria

- (A) observação clínica rigorosa.
- (B) quimioterapia com CHOP.
- (C) quimioterapia com CHOP, seguida de radioterapia do neuro-eixo.
- (D) quimioterapia com CHOP, seguida de radioterapia inguinal e ilíaca homolateral.
- (E) quimioterapia com CHOP, seguida de radioterapia do testículo esquerdo.

15. Uma paciente de 27 anos, sem antecedentes patológicos significativos, notou o surgimento de um nódulo subdigástrico esquerdo, medindo cerca de 2,5 cm no maior diâmetro. Após a ressecção cirúrgica, o diagnóstico AP revelou um linfoma de Hodgkin, tipo predominância linfocitária nodular. A paciente negou sintomas constitucionais e seus exames radiológicos e laboratoriais, incluindo um VSG de 30 mm/1ª hora, foram normais. A reunião multidisciplinar do hospital decidiu basear seu parecer acerca do manejo subsequente nos estudos do *German Hodgkin's Lymphoma Study Group* (GHSG) (Diehl *et. al.*, 2004) e no painel de consenso do NCCN. De acordo com essas referências, a conduta mais apropriada para essa paciente seria

- (A) radioterapia cervical com campos envolvidos.
- (B) radioterapia cervical e mediastinal superior.
- (C) radioterapia do manto.
- (D) quimioterapia com ABVD, seguida de radioterapia cervical com campos envolvidos.
- (E) quimioterapia com ABVD.

16. Uma paciente de 29 anos procura o seu consultório médico para ouvir uma segunda opinião. Relata uma história de linfoma difuso, de grandes células B, estágio III, não-volumoso, surgido há vinte meses e tendo atingido remissão completa com CHOP na ocasião. Entretanto, agora, apresenta uma pequena recidiva mediastinal isolada, assintomática, que foi biopsiada. Não tem outras comorbidades e seu índice IPI (*International Prognosis Index*) é baixo. O médico consultado anteriormente propôs radioterapia do mediastino. Com base nos resultados dos estudos SWOG (Stiff, 1998) e PARMA (Philip, 1995), os quais avaliaram situações semelhantes, a sua conduta imediata seria recomendar

- (A) a proposta do médico consultado anteriormente.
- (B) quimioterapia convencional, com um regime sem resistência cruzada.
- (C) quimioterapia convencional, com um regime sem resistência cruzada, acompanhada de rituximab.
- (D) quimioterapia de altas doses, seguida de transplante de células-tronco.
- (E) rituximab ou tositumomab.

17. Uma paciente de 68 anos foi submetida à mastectomia radical, há 10 anos, em virtude de um carcinoma ductal invasor, grau II, com 4 cm de diâmetro. As margens cirúrgicas foram negativas; 15 linfonodos axilares também se apresentaram negativos, não havendo recomendação de terapia adjuvante na ocasião. Atualmente, apresenta um nódulo móvel, com 1,0 cm, paracitricial na parede costal do mesmo lado, cujo diagnóstico da punção por agulha fina revelou carcinoma de mama recidivado. Reavaliada, não foram observados indícios de progressão axilar, supraclavicular ou distante.

Qual seria a recomendação de tratamento subsequente e imediato, conforme o painel de consenso NCCN?

- (A) Ressecção completa do nódulo, seguido de radioterapia da parede costal.
- (B) Radioterapia da parede costal e quimioterapia com antraciclínico.
- (C) Radioterapia da parede costal e da fossa supraclavicular.
- (D) Radioterapia da parede costal, da fossa supraclavicular e da cadeia mamária interna.
- (E) Radioterapia da parede costal, bem como da fossa supraclavicular, e quimioterapia com antraciclínico.

18. O risco de pacientes com câncer de mama e linfonodo sentinela positivo terem metástases adicionais na linfadenectomia axilar situa-se entre

- (A) 1% e 20%.
- (B) 21% e 40%.
- (C) 41% e 60%.
- (D) 61% e 80%.
- (E) 81% e 100%.

19. Uma das principais interações entre drogas radiosensibilizantes e a radiação ionizante é o efeito supra-aditivo. Assinale a afirmação abaixo que mais adequadamente se aproxima desse conceito.

- (A) Ocorre quando a toxicidade clínica resulta na soma das toxicidades de cada modalidade em separado.
- (B) Ocorre quando a toxicidade clínica resultante é maior do que a soma das toxicidades de cada modalidade de tratamento em separado.
- (C) Ocorre quando a toxicidade clínica resultante é menor do que a soma das toxicidades de cada modalidade em separado.
- (D) Ocorre quando o efeito citotóxico resultante é maior do que a soma dos efeitos de cada modalidade de tratamento separadamente.
- (E) Ocorre quando o efeito citotóxico resulta na soma dos efeitos independentes de cada modalidade de tratamento.

20. Após uma sessão de radioterapia, a maioria das células reprodutivas morre por

- (A) dano mitótico, algumas vezes após várias divisões; com 2 Gy a morte pode ocorrer após duas ou três divisões celulares.
- (B) dano mitótico, situação em que a célula não chega a se dividir e é dependente do perfil celular pró-apoptótico.
- (C) dano pós-mitótico, o qual ocorre após sucessivas tentativas de reparo durante os ciclos celulares subsequentes e é mediado pela enzima caspase.
- (D) dano na interfase, caracterizado por acúmulo de lesões subletais dependentes da ineficiência do sistema endonuclease-caspase.
- (E) apoptose radioinduzida, situação mediada pelos genes ATM e p-53.

21. Um paciente de 60 anos apresentou um nódulo palpável no lobo direito da tireóide, negando história familiar associada a câncer. A biópsia foi compatível com malignidade. O restante do exame físico e todos os exames de avaliação oncológica mostraram-se normais. O paciente foi submetido a tireoidectomia total, com linfadenectomia homolateral limitada. O exame AP e a imunohistoquímica mostraram um carcinoma medular, com 1,5 cm no maior eixo, limitado à tireóide, sem expressão do protooncogene RET e sem metástases nos linfonodos examinados. No pós-operatório, a calcitonina e o antígeno carcinoembrionário mostraram-se normais. Com base nos consensos do NCCN e PDQ, qual tratamento subsequente poderia ser proposto?

- (A) Observação e avaliação clínica periódica.
- (B) Iodoterapia com ^{131}I .
- (C) Radioterapia externa de megavoltagem.
- (D) Radioterapia externa de megavoltagem, seguida de quimioterapia.
- (E) Iodoterapia seguida de quimioterapia.

22. Vários tipos de moduladores modificam a entrega de dose na IMRT (*intensity-modulated radiotherapy*). Assinale abaixo a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Moduladores variáveis afetam a transmissão do feixe com a inserção de um bloco que altera sua espessura para mais ou para menos.
- (B) Moduladores temporais binários, como na tomoterapia, empregam, conjuntamente, chavedores binários para melhorar a eficiência do sistema.
- (C) Moduladores espaciais-temporais podem ser do tipo sobreposição de campos com entrega estática, no qual cada campo a ser tratado é dividido em pequenos campos, cada um com uma intensidade de feixe uniforme.
- (D) A varredura de *gap* variável com entrega dinâmica é também uma técnica de modulação espacial-temporal que consiste em mover pares de lâminas, simultaneamente, através de cada campo, sendo que a mudança de posição dos pares de lâminas só acontecerá quando a área definida entre eles receber determinada fluência.
- (E) O modulador espacial-temporal de arco atua no feixe dinamicamente, entregando a dose numa sucessão de subcampos de intensidade uniforme.

23. Uma paciente de 60 anos, sem quaisquer antecedentes mórbidos e em bom estado geral de saúde, biopsiou uma lesão móvel, de 1,8 cm de diâmetro, na margem anal. O resultado foi carcinoma epidermóide invasor, grau I, atingindo até a camada submucosa. Não foram detectadas linfadenomegalias inguinais. A tonometria do esfíncter e os exames radiológicos e laboratoriais resultaram normais. Com base nos estudos fase III da *United Kingdom Co-ordination Committee on Cancer Research* (1996) e *European Organization for the Research and Treatment of Cancer* (1997), qual seria a conduta inicial mais adequada para essa paciente?

- (A) Administrar 5-fluorouracil e mitomicina concomitantemente à radioterapia externa do períneo e das cadeias inguinais e ilíacas.
- (B) Administrar 5-fluorouracil e mitomicina concomitantemente à radioterapia externa do períneo e das cadeias ilíacas.
- (C) Administrar 5-fluorouracil e mitomicina concomitantemente à radioterapia externa do períneo e das cadeias inguinais, seguida de reforço com braquiterapia intersticial.
- (D) Realizar radioterapia externa do períneo e das cadeias inguinais e ilíacas, seguida de reforço com braquiterapia intersticial.
- (E) Realizar ressecção cirúrgica conservadora da lesão primária.

Instrução: Responda às questões de números **24** e **25** no CADERNO DE RESPOSTAS, de forma dissertativa, atendo-se ao solicitado em cada uma delas.

24. O estudo cooperativo norte-americano INT 0116, de MacDonald e cols. (2001), foi planejado com o objetivo de avaliar a eficácia da quimiorradioterapia em pacientes com carcinoma gástrico completamente ressecado. Os resultados obtidos estabeleceram o tratamento combinado de quimioterapia e radioterapia adjuvantes como o padrão atual de tratamento, nos EUA, em pacientes com carcinoma gástrico potencialmente curável. Entretanto, o estudo recebeu várias críticas. Cite duas delas no espaço destinado à sua resposta.

25. Descreva, detalhadamente, 4 (quatro) reais vantagens da radioterapia pré-operatória em pacientes com sarcomas de partes moles do tronco e de extremidades.