

GABARITO QUESTÕES CURSO GINECOLOGIA ONCOLÓGICA 2026

- 1- R: **Estadio IB (0,4pt). Vulvectomy ampliada (0,3pt) com linfadenectomia inguinal bilateral (0,3pt).**

- 2- R: **Exérese da lesão.** Não aceitar imiquimode, laser ou outro.
- 3- **Analgesia** multimodal com redução de opioides: Atenua a resposta neuroendócrina ao estresse cirúrgico, reduz liberação de citocinas pró-inflamatórias e diminui complicações respiratórias e infecciosas associadas à SIRS. **Mobilização precoce:** Melhora a perfusão tecidual, reduz a estase venosa e a inflamação sistêmica, prevenindo complicações pulmonares e tromboembólicas que perpetuam a SIRS. **Nutrição enteral/oral precoce:** Preserva a integridade da mucosa intestinal, reduz a translocação bacteriana e modula a resposta imunoinflamatória sistêmica.

- 4- A lesão vesical simples identificada intraoperatoriamente deve ser reparada com sutura primária imediata, após a identificação completa da lesão e o desbridamento mínimo das bordas. **O fechamento é realizado com fio absorvível, em dois planos: o primeiro aproximando a mucosa vesical e o segundo reforçando a camada muscular/serosa, sem tensão.** Deve-se realizar o **teste de estanqueidade** com instilação de soro fisiológico ou de azul de metileno. Ao final, manter **a drenagem vesical contínua com sonda Foley por 10-14 dias**, garantindo a cicatrização adequada e prevenindo a formação de fístula urinária.

- 5- Vias Laparoscopia ou laparotomia; Realizar coleta de citologia, inventário da cavidade e retirar a massa íntegra (na cirurgia minimamente invasiva, ensacada); Biópsia de congelação vantagens e desvantagens; Preservação da fertilidade; Estadiamento.

- 6- Resposta: quimioterapia neoadjuvante com carboplatina e paclitaxel, com avaliação clínica após cada ciclo e cirurgia intervalar caso haja resposta clínica. Critérios que contraindicam a cirurgia citorrredutora inicial: ascite volumosa, CA125 > 1000 UI/mL, carcinomatose peritoneal.
- 7- Estadiamento: FIGO IB1 – carcinoma invasor do colo uterino clinicamente visível, limitado ao colo, com tamanho ≤ 2 cm. Conduta cirúrgica: Histerectomia radical (Wertheim–Meigs / tipo C1 de Querleu–Morrow) associada à linfadenectomia pélvica bilateral. Não aceitar conização.
- 8- Repetir o teste de DNA-HPV oncogênico após 12 meses.

9- **Sem linfadenectomia: Adenocarcinoma endometrióide grau 1 e grau 2.**

Obs.: raros casos **Grau 3** sem características de alto risco, podem ser incluídos aqui com justificativa adequada. Por outro lado, em casos de Grau 2 com infiltração miometrial superior a 50% ou infiltração vascular ou linfática, pode ser realizada linfadenectomia.

Com linfadenectomia: adenocarcinoma (carcinoma) seroso, de células claras, indiferenciado, carcinosarcoma e endometrióide grau 3.

Comentários: Tumores não estrogênio-dependentes, mais agressivos e com maior risco de acometimento linfonodal, o que justifica a realização de linfadenectomia pélvica e para-aórtica sistemática.

10- A) **Gene POLE mutado: IAm [POLEmut].**

B) Imunohistoquímica com p53 anormal (aberrante): IICm [p53abn].