

RESPOSTAS DO TESTE DE AUTO-AVALIAÇÃO

1 - A resposta correta é a letra D.

As fístulas aortocolônicas podem ser primárias, devido à comunicação espontânea da luz de um aneurisma aórtico com um segmento de cólon, ou secundárias, que são mais frequentes e ocorrem em pessoas que se submeteram a reparos cirúrgicos de aneurismas com a colocação de próteses. As fístulas primárias são bastante raras, apresentam-se normalmente com episódios repetidos de hemorragia digestiva menores (anunciadores), até que ocorre um episódio catastrófico. A suspeita deve ser feita em qualquer paciente idoso com quadro de hemorragia digestiva, do qual se tenha conhecimento prévio da existência de um aneurisma aórtico. São melhor diagnosticadas por tomografia computadorizada.

- Gordon PH. Miscellaneous Entities. In: Gordon PH, Nivatvongs S. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus. Informa healthcare 2007; 1267 a 1298.

2 - A resposta correta é a letra D.

O acesso laparoscópico tem sido usado com sucesso nas ressecções intestinais por doença de Crohn. Além das vantagens já conhecidas desse acesso como retorno precoce da função intestinal, diminuição do tempo de permanência hospitalar, menos dor, recuperação mais rápida da função pulmonar e melhor resultado estético, outras vantagens são a manutenção da integridade da parede e diminuição das aderências intra-abdominais, vantagens importantes em pacientes que frequentemente precisam de vários procedimentos cirúrgicos durante a sua vida e de locais da parede preservados para a colocação de estomas. A grande desvantagem é a perda da habilidade tátil numa operação em que a palpação, principalmente no caso do delgado, pode ser necessária. A ressecção do cólon na colite de Crohn tem mostrado resultados satisfatórios, os índices de recidiva são semelhantes aos do método aberto. Mas a dissecação, principalmente na presença de aderências, abscessos e fístulas, costuma ser difícil, necessitando maior experiência do cirurgião com a técnica videolaparoscópica e com a cirurgia da doença de Crohn.

- Da Luz Moreira A, Stocchi L, Remzi FH, Geisler

D, Hammel J, Fazio V W. Laparoscopic Surgery for Patients with Crohn's Colitis: A case-matched study. J Gastrointest Surg 2007;11:1529-1533.

- Corman ML. Crohn's Disease and Indeterminate Colitis. In Corman ML. Colon & Rectal Surgery. Lippincott Williams & Wilkins 2005; 1455-1535.

3 - A resposta correta é a letra E.

4 - A resposta correta é a letra A.

O adenocarcinoma é o tipo mais frequente de câncer colorretal, e apresenta 3 subtipos histológicos, um ordinário, correspondente a 85 % dos casos, um com células mucinosas, (10 a 15% dos casos) e um mais raro (até 1% dos casos) chamado carcinoma com células em anel de sinete.

O carcinoma mucinoso, também chamado colóide, apresenta esse aspecto em decorrência do excesso de mucina no meio extracelular, e o carcinoma com células em anel de sinete apresenta um excesso de mucina intra-celular, que empurra o núcleo para um dos extremos da célula, conferindo o típico aspecto de anel. Geralmente se exige que o tumor tenha mais de 50% de seu volume em mucina para caracterizá-lo como mucinoso, e mais de 50% de células em anel de sinete para caracterizá-lo como tal. Sempre se atribuiu um pior prognóstico para esses tumores, o que inclusive justificou a sua classificação em separado. Estudos mais atuais têm mostrado uma diferença importante no que toca aos tumores de células em anel de sinete. Esses, de modo semelhante aos tumores *HNPCC*, tendem a ocorrer em pacientes mais jovens, a se localizar mais proximalmente no cólon, e a ter um comportamento pior, com menor sobrevida, mesmo quando ajustada por idade e estágio de apresentação. Tendem também a apresentar uma frequência maior de metástases para o peritônio e os ovários do que para o fígado e os pulmões. Os tumores mucinosos apresentam diferenças menos marcantes em relação aos ordinários. O perfil genético molecular do tumor em anel de sinete também é diferente quando comparado aos adenocarcinomas ordinários, com uma proporção maior de tumores com instabilidade de microssatélites (31% x 11%), maior frequência de mutações no gen *BRAF* (28% x 8,6%), menor perda de heterozigose em 18 q, maior perda do gen *MLH1* (30% x 10%), menor

positividade para COX2 (50% x 76%), etc. Alguns estudos também sugerem que estas características moleculares e de comportamento clínico também podem estar presentes em tumores com menos de 50 % de células de anel em sinete.

- Pande R, Sunga A, LeVea C et al. Significance of Signet-Ring Cells in Patients with Colorectal Cancer. *Diseases of the Colon & Rectum* 2008; 51: 50-55.
- Kang H, O'Connell JB, Maggard MA et al. A 10-Year Outcomes Evaluation of Mucinous and Signet-Ring Cell Carcinoma of the Colon and Rectum. *Diseases of the Colon & Rectum* 2005; 48: 1161-1168.
- Ogino S, Brahmandam M, Cantor M et al. Distinct molecular features of colorectal carcinoma with signet ring cell component and colorectal carcinoma with mucinous component. *Mod Pathol* 2006; 19:59-68.