



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA - EDITAL 13/2013

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMAS COM PRÉ-REQUISITO 011 – CIRURGIA GERAL

DATA: 15/12/2013

HORÁRIO: das 08 às 10 horas

**LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O
CADERNO DE QUESTÕES**

- ✘ Verifique se este CADERNO contém um total de 50 (cinquenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de respostas. Se não estiver completo, solicite ao fiscal de sala outro Caderno de Provas. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ✘ O candidato não poderá entregar o caderno de questões antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ✘ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no **cartão-resposta**, utilizando caneta esferográfica, **tinta preta** ou **azul escrita grossa**.
- ✘ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o **cartão-resposta** devidamente ASSINADO e o **caderno de questões**. A não devolução de qualquer um deles implicará na **eliminação** do candidato.

01. Dos fatores abaixo, aquele que não se mostrou eficaz na redução de infecção do sítio cirúrgico é:
- (A) Manutenção da normotermia na sala de operação e de recuperação.
 - (B) Manutenção da fração de O₂ inspirado $\geq 80\%$ na sala de operação e de recuperação.
 - (C) Banho pré-operatório com clorexidina na noite anterior à operação.
 - (D) Uso de neomicina + eritromicina, via oral, no dia anterior à operação de cólon.
 - (E) Repetição do antibiótico profilático em intervalos de 2 vezes a meia vida da droga utilizada.
02. Se você inicia o tratamento de um paciente com infecção grave e ele não melhora nos primeiros 4 dias, provavelmente possa ter ocorrido todos os casos abaixo, EXCETO:
- (A) A cirurgia inicial não foi adequada.
 - (B) A cirurgia inicial foi adequada, mas ocorreu uma complicação.
 - (C) A escolha do antimicrobiano foi correta, mas não na dosagem.
 - (D) É necessário mudar o antimicrobiano.
 - (E) A escolha do antimicrobiano foi correta, porém, seu início antecedeu ao da cirurgia.
03. O sinal de Kehr é importante na avaliação de abdome agudo para o diagnóstico de:
- (A) Apendicite aguda.
 - (B) Doença inflamatória pélvica.
 - (C) Abscesso pélvico ou massa inflamatória na pelve.
 - (D) Pancreatite hemorrágica aguda.
 - (E) Hemoperitônio.
04. Raio X simples, em paciente com dor abdominal aguda, é capaz de revelar todas as situações abaixo, EXCETO:
- (A) Presença de ar livre na cavidade quando o volume do mesmo é inferior a 5ml.
 - (B) Cerca de 50% dos fecalitos apendiculares.
 - (C) Cerca de 10% dos cálculos biliares.
 - (D) Cerca de 90% dos cálculos renais.
 - (E) Se uma obstrução do intestino delgado é parcial ou completa.
05. Hérnia inguinal tipo IV-A, na classificação de Nyhus, corresponde à:
- (A) Hérnia inguinal indireta com anel inguinal interno dilatado.
 - (B) Hérnia direta recidivante.
 - (C) Hérnia femural.
 - (D) Hérnia inguinal direta.
 - (E) Hérnia inguinal indireta com anel inguinal interno normal.
06. A orquite isquêmica é uma complicação do tratamento cirúrgico da hérnia inguinal que pode ser minimizada evitando-se:
- (A) Lesão neural em consequência da eletrocauterização.
 - (B) Aprisionamento neural pela prótese.
 - (C) Dissecção desnecessária no cordão espermático.
 - (D) Lesão do nervo genitofemural.
 - (E) Correção da hérnia em paciente obeso.

07. Como consequência do retorno das vísceras à cavidade abdominal, nas herniorrafias incisionais, podem ocorrer todas as situações abaixo, EXCETO:
- (A) Síndrome compartimental.
 - (B) Insuficiência respiratória aguda.
 - (C) Maior propensão à infecção do sítio cirúrgico.
 - (D) Maior propensão à ocorrência de pirose.
 - (E) Maior pressão abdominal.
08. Em relação aos abscessos hepáticos, é INCORRETO afirmar:
- (A) Em $\frac{3}{4}$ dos casos, há comprometimento do lobo direito.
 - (B) As hemoculturas são positivas em aproximadamente 50% a 60% dos casos.
 - (C) A tríade clássica é representada por febre, icterícia e dor no Q.S.D.
 - (D) A laparotomia é reservada, geralmente, para os casos de fracassos da drenagem percutânea.
 - (E) Antibioticoterapia deve ser iniciada com a confirmação do abscesso por drenagem purulenta.
09. Além de identificar cálculos biliares, o ultrassom demonstra sinais de colecistite como, por exemplo:
- (A) Espessamento da parede da vesícula.
 - (B) Cálculo maior que 2cm.
 - (C) Microlitíase vesicular.
 - (D) Dilatação dos ductos biliares extra-hepáticos.
 - (E) Aerobilia.
10. No que se refere ao sangramento por doença péptica ulcerosa, marque a opção INCORRETA.
- (A) Pacientes com úlceras sangrantes devem iniciar terapia com IBP.
 - (B) A associação entre infecção por *H. pylori* é mais intensa no sangramento do que na perfuração.
 - (C) 10% das úlceras sangrantes, apesar dos avanços da endoscopia, necessitam de hemostasia cirúrgica.
 - (D) Úlceras com mais de 2cm, duodenais posteriores e gástricas têm risco mais alto de ressangramento.
 - (E) Choque na internação, idade avançada e necessidade de número elevado de transfusões são condições para indicação do controle do sangramento por cirurgia.
11. São indicações cirúrgicas para a doença de Crohn, EXCETO:
- (A) Obstrução intestinal.
 - (B) Perfuração intestinal com formação de fístulas e abscessos.
 - (C) Câncer.
 - (D) Complicações hepáticas.
 - (E) Complicações urológicas.
12. Mulher de 60 anos com nódulo de 3,5 cm de diâmetro ao ultrassom cuja PAAF demonstrou presença de lesão folicular, é melhor tratada por:
- (A) Lobectomia total direita + istmectomia.
 - (B) Lobectomia total direita + istmectomia + lobectomia medial esquerda.
 - (C) Tireoidectomia total.
 - (D) Lobectomia total direita + radioiodo na glândula remanescente.
 - (E) Lobectomia total direita + complementação da tireoidectomia em um 2º tempo cirúrgico.
13. Com relação aos ferimentos tóraco-abdominais, assinale a opção INCORRETA.
- (A) Os ferimentos tóraco-abdominais são comuns e o achado da lesão diafragmática normalmente é incidental, sendo feito durante a laparotomia exploradora por outras lesões associadas ou suspeitas.

- (B) Para os doentes operados na fase aguda do trauma, a presença da lesão diafragmática por si não representa fator maior de morbidade e mortalidade nos ferimentos tóraco-abdominais.
 - (C) O diagnóstico clínico é fácil, pois a sintomatologia em geral é muito característica: uma escavação do abdome e ruídos intestinais no tórax.
 - (D) Na fase aguda do trauma, as lesões diafragmáticas podem ser seguidas de imediata herniação do conteúdo visceral abdominal para o tórax, o que não é comum nos casos de ferimento penetrante, determinando dor em andar superior do abdome e desconforto respiratório.
 - (E) Nos ferimentos tóraco-abdominais produzidos por arma branca, o hemidiafragma esquerdo é duas vezes mais lesado que o direito, provavelmente em função do agente agressor ser manipulado em geral por destros.
14. No “Suporte Avançado de Vida no Trauma” (ATLS), protocolo mundialmente aceito para atendimento do paciente de trauma, são consideradas lesões torácicas críticas que podem pôr em risco a vida do paciente e, portanto, devem ser priorizadas no momento inicial do atendimento, EXCETO:
- (A) Pneumotórax hipertensivo.
 - (B) Contusão pulmonar.
 - (C) Pneumotórax aberto(ferida aspirativa do tórax).
 - (D) Tórax instável.
 - (E) Hemotórax maciço.
15. Com relação às fraturas costais no trauma torácico, assinale a opção INCORRETA.
- (A) O enfaixamento do tórax com crepom ou a utilização de coletes rígidos constitui item importante no tratamento das fraturas costais, visto que proporciona mais conforto ao paciente, permitindo-lhe movimentos respiratórios mais amplos, fato importante na prevenção de possíveis atelectasias.
 - (B) A fratura do primeiro arco costal deve nos alertar para a possibilidade de lesões de órgãos subjacentes, visto que está muito protegido pela clavícula e musculatura, o que exige trauma de grande energia para determinar sua fratura.
 - (C) As fraturas das últimas costelas devem nos deixar atentos para possibilidade de lesões associadas do fígado à direita e do baço à esquerda.
 - (D) As fraturas costais que não produzem lesões internas são consideradas fraturas simples.
 - (E) As fraturas em dois pontos de uma mesma costela, em várias costelas seguidas, pode determinar o que conhecemos como tórax instável.
16. Diante de um paciente que sofreu trauma torácico fechado, com apresentação de grande enfisema subcutâneo e necessidade de ventilação mecânica com pressão positiva, devemos, antes de colocá-lo no respirador:
- (A) Realizar uma toracotomia exploradora pela possibilidade de lesão da árvore brônquica.
 - (B) Fazer pequenas incisões na parede do hemitórax direito para resolver mais rapidamente o problema do enfisema subcutâneo.
 - (C) Não ter pressa para drenar o tórax porque não se sabe se ainda existe pneumotórax.
 - (D) Colocar um dreno torácico no espaço pleural do lado do enfisema subcutâneo.
 - (E) A colocação do paciente em ventilação com pressão positiva, sem a drenagem torácica, nada influenciará na evolução de sua doença.
17. Com relação ao hemotórax traumático, assinale a opção INCORRETA.
- (A) Paciente com história de trauma recente de tórax foi submetido à drenagem pleural com débito de 1.700 ml de sangue. Esta situação pode ser considerada como um hemotórax maciço.
 - (B) Nos hemotóraces maciços, normalmente está indicada a toracotomia exploradora para reparo dos vasos sangrantes.
 - (C) Na grande maioria dos casos de hemotóraces traumáticos, o tratamento definitivo é a drenagem torácica em selo d’água.

- (D) Os ferimentos torácicos situados entre a linha mamilar e o esterno anterior e entre a escápula e a coluna vertebral posterior são os que mais comumente determinam grandes hemotóraces. Esta é uma região onde estão grandes vasos do tórax.
- (E) Um hemotórax de 1800 ml, num paciente estável hemodinamicamente, com história de trauma há mais de 48 horas, necessariamente terá que ser submetido a uma toracotomia exploradora de emergência porque se trata de um hemotórax maciço.
18. Sobre um paciente submetido à drenagem torácica para tratamento de pneumotórax traumático, assinale a opção INCORRETA.
- (A) É normal que, durante toda a evolução do caso, haja borbulhamento no frasco de drenagem.
- (B) Se a coluna líquida no interior da extensão do dreno torácico não oscila e nem borbulha, deve-se pensar na possibilidade de obstrução do dreno.
- (C) Quando mostrar o pulmão expandido em radiografia de controle, quando não apresentar borbulhamento no frasco de drenagem e o débito do dreno for inferior a 100-150 ml, pode-se retirar o dreno.
- (D) No momento da retirada do dreno, tem-se menos chance de fazer um pneumotórax iatrogênico se se efetuar o procedimento no curso da expiração.
- (E) Se não se observar expansão do pulmão ao longo de alguns dias, a razão desta evolução indesejada poderá estar num defeito do sistema de drenagem.
19. Com relação às drenagens torácicas, assinale a opção INCORRETA.
- (A) A escolha do tipo de drenagem no empiema pleural deve levar em consideração a fase evolutiva da doença.
- (B) A drenagem pleural fechada se aplica bem aos casos de derrames pleurais, mesmo sem etiologia definida.
- (C) A drenagem pleural aberta não deve ser realizada no empiema difuso pelo risco de um pneumotórax iatrogênico.
- (D) A drenagem torácica, após uma toracotomia, tem por finalidade drenar coleções líquidas, ar e restabelecer a pressão negativa intrapleural.
- (E) Uma boa indicação para a drenagem pleural aberta é nos empiemas em sua fase fibrinopurulenta.
20. Sobre o câncer, é INCORRETO afirmar que:
- (A) É uma doença causada, inicialmente, pelo crescimento descontrolado de um grupo de células.
- (B) Este crescimento é deflagrado por mutações que afetam genes estimuladores e inibidores do crescimento celular.
- (C) Numa célula normal, poderosos circuitos genéticos regulam sua divisão e sua morte.
- (D) A célula cancerosa tem a apoptose comprometida e não consegue parar de crescer.
- (E) Os genes que desencadeiam a divisão anormal das células não são estranhos ao nosso corpo, mas o são as versões mutantes e distorcidas dos mesmos genes, os quais desempenham funções celulares vitais.
21. Rudolf Virchow (1821/1902), médico e político alemão, considerado o pai da patologia moderna criou os termos hiperplasia, hipertrofia e neoplasia. Sobre estes processos é CORRETO afirmar:
- (A) Os 3 ocorrem, normalmente, no indivíduo hígido.
- (B) A hipertrofia é sempre patológica.
- (C) A hiperplasia pode ser fisiológica.
- (D) A neoplasia é uma forma fisiológica e patológica de crescimento dos tecidos.
- (E) A hipertrofia e a hiperplasia, quando juntas, recebem o nome de metaplasia.

22. Não é justificativa para o estadiamento dos tumores:
- (A) Permitir uma classificação molecular.
 - (B) Planejar o tratamento.
 - (C) Permitir um prognóstico.
 - (D) Permitir estudos multicêntricos e comparar resultados de tratamento.
 - (E) Avaliar a extensão da doença.
23. William Stewart Halsted (1852 - 1922 - John Hopkins - EUA), grande cirurgião americano, tornou-se famoso por todos os fatos abaixo, exceto:
- (A) Sistematizou a Mastectomia Radical.
 - (B) Não inventou a cirurgia radical, herdou a ideia de seus antecessores e a conduziu à extrema lógica e perfeição.
 - (C) Formalizou a Residência Médica.
 - (D) Criou as Luvas Cirúrgicas.
 - (E) Fez a primeira cirurgia com anestesia usando éter.
24. De acordo com Instituto Nacional do Câncer (INCA), em sua última estimativa para 2012, o câncer mais incidente no estado do Piauí, excetuando o de pele, é:
- (A) Câncer de Mama.
 - (B) Câncer de Próstata.
 - (C) Câncer de Colo de Útero.
 - (D) Câncer de Estômago.
 - (E) Câncer de Cólon/Reto.
25. Para a realização de qualquer cirurgia com segurança é fundamental realizar *Time-Out* imediatamente antes da cirurgia, levando em consideração todos os itens abaixo, EXCETO:
- (A) Envolvimento de toda equipe cirúrgica.
 - (B) Identificação correta do paciente.
 - (C) *Check-list* do sítio e da lateralidade do local da incisão.
 - (D) Confirmação de reserva de leito na UTI.
 - (E) Disponibilidade de implantes ou equipamentos especiais para o tipo de cirurgia proposta.
26. Na avaliação pré-operatória de homem de 55 anos com hérnia umbilical, encontrou-se baixos níveis de transaminase e uma relação aspartato/alanina transaminase (AST/ALT) maior que 2. Isto sugere:
- (A) Hepatite alcoólica.
 - (B) Hepatite A.
 - (C) Hepatite B.
 - (D) Hepatite C.
 - (E) Cirrose.
27. Sobre o uso de antibioticoprofilaxia em cirurgia, pode-se afirmar:
- (A) Nunca deve ser realizado em cirurgias limpas, a fim de se evitar resistência bacteriana.
 - (B) Deve ser administrado sempre em dose única e antes da incisão da pele.
 - (C) A melhor indicação é para as cirurgias classe II (Potencialmente contaminada).
 - (D) Nas cirurgias classe III, a cefazolina é o antibiótico de eleição.
 - (E) Nas cirurgias por vídeo, não há justificativa para seu uso.

28. São medidas preventivas no controle de infecção no sítio cirúrgico, EXCETO:
- (A) Manter a normotermia do paciente.
 - (B) Manter a fração de oxigênio inspirado $\geq 80\%$.
 - (C) Controlar a glicemia no pré e pós-operatório.
 - (D) Suspender beta bloqueadores 24h antes da cirurgia.
 - (E) Reduzir o tempo de hospitalização.
29. São fatores que se associam a deiscência da ferida operatória, EXCETO:
- (A) Uso prévio de fitoterápicos.
 - (B) Cirurgia de emergência.
 - (C) Idade avançada.
 - (D) Obesidade.
 - (E) Infecção intra-abdominal.
30. Em relação a febre pós-operatória, NÃO é correto afirmar:
- (A) Ocorre em até 2/3 (dois terços) dos pacientes.
 - (B) Em 1/3 (um terço) dos casos a causa é infecção.
 - (C) Nas primeiras 48 a 72h, geralmente são devidas a atelectasias.
 - (D) Desidratação pode ser uma causa de etiologia não infecciosa.
 - (E) As febres que ocorrem logo após a cirurgia são mais preocupantes do que as que surgem após o 5 – 8 dia de pós-operatório
31. As comorbidades abaixo são revertidas parcial ou totalmente com a Redução de peso após cirurgia bariátrica, EXCETO:
- (A) Apneia do sono.
 - (B) Doença articular degenerativa.
 - (C) Hipertensão arterial.
 - (D) DRGE.
 - (E) Taxa de mortalidade.
32. Mulher de 45 anos com nódulo tireoidiano único de 4cm, T4 e TSH normais e história de dor cervical e suores noturnos deve ser suspeitada de:
- (A) Linfoma.
 - (B) Doença de Plummer.
 - (C) Bócio subesternal.
 - (D) Carcinoma papilífero.
 - (E) Carcinoma folicular.
33. Para se admitir uma úlcera péptica como intratável é necessário, antes, eliminar as situações abaixo, EXCETO:
- (A) Erradicação do *H. pylori*.
 - (B) Suspensão do uso de AINE.
 - (C) Não cicatrização da úlcera em terapia durante 4 semanas.
 - (D) Nível sérico de gastrina.
 - (E) Duração inadequada da terapia.

34. Úlcera que se localiza na pequena curvatura próxima à incisura *angularis* e que corresponde a 60% das úlceras gástricas, é do tipo:
- (A) I
 - (B) II
 - (C) III
 - (D) IV
 - (E) V
35. Em cirurgias videolaparoscópicas demoradas, pode haver retenção de CO₂, evidenciado por:
- (A) Hipotensão.
 - (B) Taquicardia e acidose.
 - (C) Diminuição do retorno venoso dos membros inferiores.
 - (D) Diminuição da pressão arterial média.
 - (E) Enfisema subcutâneo.
36. Provavelmente, a melhor indicação para correção cirúrgica de uma hérnia por videolaparoscopia é:
- (A) Pac. jovens.
 - (B) Pac. com hérnias multi-recidivadas.
 - (C) Pac. com hérnias volumosas.
 - (D) Pac. com hérnias encarceradas.
 - (E) Pac. com hérnias associadas a dimorfismo da parede abdominal.
37. Homem, 25 anos, refere queda de andaime de 3 metros de altura há 2h, evoluindo com dor lombar esquerda e micção avermelhada. Ex. físico revelou pac. contactuante, orientado, hemodinamicamente estável, com escoriações e hematomas na região lombar ipsilateral, com abdome sem sinais de peritonite e dor à palpação profunda de flanco esq., ausência de alterações neurológicas ou sinais de fratura. Ex. de urina com incontáveis hemáceas, impedindo a análise de sedimentoscopia. O provável órgão acometido e o ex. radiológico essencial para confirmação diagnóstica são:
- (A) Rim / urografia excretora.
 - (B) Rim / tomografia computadorizada.
 - (C) Rim / pielografia.
 - (D) Baço / tomografia comput.
 - (E) Baço / ultrassom.
38. Das hérnias abaixo, aquela que apresenta o maior risco de encarceramento e estrangulamento é:
- (A) Inguinal indireta.
 - (B) Inguinal direta.
 - (C) Mistas.
 - (D) Femoral.
 - (E) Por deslizamento.
39. Das hérnias abaixo, aquela que está relacionada a defeitos hereditários ou adquiridos na síntese ou no metabolismo do colágeno é:
- (A) Direta.
 - (B) Indireta.
 - (C) Femoral.
 - (D) Mistas.
 - (E) Por deslizamento.

40. NÃO é indicação para uma nova PAAF com estudo citopatológico em um nódulo tireoidiano:
- (A) Seguimento de nódulo benigno.
 - (B) Nódulo simples associado a níveis de TSH suprimido.
 - (C) Cisto recorrente ou em crescimento.
 - (D) Não diminuição do nódulo após terapia com tiroxina.
 - (E) Quando a primeira PAAF não é diagnóstica.
41. É considerado padrão-ouro para o diagnóstico do refluxo gastroesofágico:
- (A) Videoendoscopia digestiva alta.
 - (B) Estudo radiológico contrastado do esôfago, estômago e duodeno.
 - (C) Manometria.
 - (D) pHmetria de 24 horas.
 - (E) Cintilografia.
42. Todos podem ser utilizados no tratamento do megaesôfago, EXCETO:
- (A) Bloqueadores de canais de cálcio.
 - (B) Nitratos.
 - (C) Injeção de toxina botulínica no esfíncter esofágico inferior.
 - (D) Dilatação da cárdia.
 - (E) Gastroesofagectomia.
43. Em relação aos exames complementares na hemorragia digestiva alta, pode-se afirmar:
- (A) A endoscopia apesar de ser padrão-ouro para o diagnóstico não identifica sinais prognósticos de sangramento.
 - (B) A arteriografia identifica fontes de sangramento ativo com vazão maior que 5ml/hora.
 - (C) Exame radiológico contrastado pode identificar a lesão que sangra e o sangramento.
 - (D) A cintilografia não identifica fonte de sangramento ativo com vazão menor que 5ml/h.
 - (E) A endoscopia tem baixa especificidade e alta sensibilidade.
44. Em relação ao esôfago de Barret, marque a opção INCORRETA.
- (A) É uma complicação da doença do refluxo gastroesofageano (DRGE).
 - (B) Não regride com o tratamento clínico da DRGE.
 - (C) Regride com o tratamento cirúrgico da DRGE.
 - (D) É encontrado em 10 a 20% dos doentes que realizam endoscopia por DRGE.
 - (E) É fator de risco para o desenvolvimento de adenocarcinoma de esôfago.
45. NÃO é considerado fator de risco para câncer gástrico:
- (A) Sal.
 - (B) Álcool.
 - (C) Anemia perniciosa.
 - (D) Passado de gastrectomia parcial.
 - (E) Pólipos (adenomas vilosos).
46. São consideradas desvantagens da correção laparoscópica das hérnias inguinais, EXCETO:
- (A) São mais difíceis de executar.
 - (B) Necessitam de uma curva de aprendizado maior.

- (C) Invasão da cavidade peritoneal
- (D) São mais caras
- (E) Em casos de reoperação, a correção torna-se mais fácil do que a cirurgia convencional.

47. A causa mais comum de anemia em pacientes submetidos à cirurgia gástrica é:

- (A) Deficiência de ferro.
- (B) Deficiência de folato.
- (C) Deficiência de vit. B12.
- (D) Deficiência de fator intrínseco.
- (E) Doença crônica.

48. Os distúrbios metabólicos e endócrinos listados podem causar constipação, EXCETO:

- (A) Diabetes.
- (B) Hipercalcemia.
- (C) Feocromocitoma.
- (D) Hipertireoidismo.
- (E) Hiperparatireoidismo.

49. O gás mais abundante no *flatus* normal é o nitrogênio. As pessoas que se queixam de flatulência excessiva produzem o gás extra:

- (A) No intestino delgado, a partir de bactérias que colonizam a região.
- (B) No duodeno, pela reação $H^+ + HCO_3 \rightarrow CO_2 + H_2O$.
- (C) Pela deglutição de ar.
- (D) No cólon, a partir da fermentação de carboidratos, produzindo H_2 , CO_2 e CH_4 .
- (E) No duodeno, devido ao N_2 recrutado por causa do alto CO_2 luminal.

50. Determinadas afirmações a seguir são verdadeiras sobre a síndrome do intestino irritável, EXCETO:

- (A) Inclui distensão abdominal visível e alívio da dor com as defecações.
- (B) É um distúrbio motor limitado ao cólon.
- (C) Não predispõe ao câncer.
- (D) Manifesta-se com alteração dos hábitos intestinais.
- (E) Pode manifestar-se por dor abdominal incapacitante.