



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 06/2007 DE PROCESSOS SELETIVOS

**PS 26 – MÉDICO
(Oncologia)**

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 06/2007 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 26

MÉDICO (Oncologia)

01.	A	11.	E	21.	C
02.	C	12.	D	22.	E
03.	D	13.	B	23.	B
04.	A	14.	E	24.	B
05.	D	15.	C	25.	D
06.	B	16.	E		
07.	C	17.	A		
08.	D	18.	D		
09.	A	19.	D		
10.	C	20.	C		

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 consta de **25** questões objetivas.
- 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, a qual deverá ser assinalada com caneta esferográfica, de tinta azul ou preta, na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 05.** Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número 26 serão desconsideradas.
- 06.** 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.
- 07.** Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 08.** A duração da prova é de **2 horas e 30 minutos**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 09.** O candidato somente poderá retirar-se do recinto da prova após transcorrida 1 (uma) hora do seu início.
- 10.** A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

Boa Prova!

01. Quanto ao uso de bisfosfonados em pacientes com mieloma múltiplo ou outras doenças de células plasmáticas, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Pacientes com disfunção renal importante (*clearance* de creatinina < 30 ml/min) não devem receber ácido zoledrônico. Caso indicado, pamidronato deve ser utilizado com intervalo de 6-8 semanas.
- (B) Pacientes com mieloma múltiplo e osteopenia detectada por radiografia ou por estudo de densidade mineral óssea devem receber bisfosfonados por dois anos.
- (C) Pacientes com mieloma múltiplo e lesões líticas devem receber bisfosfonados por dois anos.
- (D) Mielomas indolentes (*smoldering*), plasmocitoma solitário ósseo e gamopatia monoclonal de significado incerto não devem ser iniciados em bisfosfonados.
- (E) Osteonecrose de mandíbula, mais frequente com ácido zoledrônico que com pamidronato, relaciona-se também à dose cumulativa ou duração do uso do bisfosfonado e é melhor prevenida do que tratada.

02. No acompanhamento pós-tratamentos de pacientes com câncer inicial de mama, é correto afirmar que

- (A) a análise genética para mutações germinativas em genes supressores (BRCA1 e BRCA2) deve ser feita, pois muda a conduta de seguimento.
- (B) o risco de recidiva, estimado pelo tamanho do tumor, pelo *status* dos linfonodos axilares e pelo grau histopatológico, determina os exames de acompanhamento.
- (C) o exame de ressonância magnética da mama contralateral não faz parte da rotina assistencial de pacientes com câncer de mama não selecionados, mesmo que detecte 3% de carcinomas ocultos.
- (D) mamografia anual, anamnese e exame físico seriados são insuficientes para o acompanhamento de pacientes após tratamentos adjuvantes com quimioterapia.
- (E) a orientação das pacientes sobre sintomas e sinais sugestivos de recorrência gera ansiedade e apreensão, não devendo ser praticada, pois não traz benefício no acompanhamento.

03. Em relação aos linfomas não-Hodgkin, é correto afirmar que

- (A) a sobrevida geral dos linfomas foliculares (indolentes) é prolongada com o uso do anticorpo monoclonal anti CD20 – rituximab.
- (B) a análise retrospectiva e prospectiva dos linfomas indolentes, de acordo com o índice FLIPI, deixa claro não haver mais lugar para observação de pacientes com doença avançada (estádio IV).
- (C) linfoma difuso de grandes células é curável dependendo do IPI e do uso do anticorpo monoclonal – rituximab na indução e em manutenção.
- (D) anticorpo monoclonal anti CD20 – rituximab combinado com quimioterapia de combinação elevou as taxas de cura em linfomas difusos de grandes células em esquemas contendo antracíclicos.
- (E) o uso de anticorpo mono-clonal anti CD20 – rituximab, em linfoma do manto, aumenta a sobrevida independentemente do estadiamento.

04. Um homem de 65 anos é submetido à ressecção abdominoperineal de um adenocarcinoma de reto inferior. Os exames de estadiamento eram todos normais e o exame anátomo-patológico demonstrou um adenocarcinoma moderadamente diferenciado que se estendia até a serosa, mas não havia comprometimento dos linfonodos isolados (no total de 15). Nesse momento, a conduta adequada seria:

- (A) 6 ciclos de quimioterapia com 5-Fluorouracil e Leucovorin com radioterapia associada ao terceiro e quarto ciclos de quimioterapia.
- (B) 6 meses de quimioterapia com Capecitabina via oral.
- (C) radioterapia adjuvante seguida de 6 meses de 5-Fluorouracil e Leucovorin.
- (D) radioterapia adjuvante.
- (E) observação (pelo estágio II).

05. Em relação aos pacientes com neoplasias malignas sem sítio primário determinado, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Carcinomas e, dentre esses, os adenocarcinomas sem sítio primário são o tipo histológico mais freqüente neste tipo de apresentação.
- (B) O manejo adequado requer o entendimento dos achados clínico-patológicos que ajudam a identificar perfis de pacientes com tumores responsivos.
- (C) Achados preditivos de desfecho favorável aos tratamentos quimioterápicos incluem localização do tumor (retroperitônio, linfonodos, nódulos pulmonares), idade inferior a 35 anos, ausência de tabagismo e níveis normais de CEA e desidrogenase lática.
- (D) Após estudo imunoistoquímico inconclusivo, qualquer tentativa de terapia deve levar em conta a usual curabilidade dessas situações.
- (E) O sucesso do atendimento a esses pacientes exige perícia em anamnese e exame físico, além de um experiente patologista, antes mesmo de múltiplas tomografias computadorizadas e outros exames de imagem.

06. Paciente do sexo feminino, de 51 anos, tabagista (30 cigarros/dia/20 anos) com história recente de tosse seca e perda ponderal. Uma TC de tórax revelou massa expansiva de limites imprecisos no LSD, com 3,5 cm de diâmetro, circundada por parênquima pulmonar e ausência de linfonodomegalias interlobares, hilares e/ou mediastinais. Um exame CP de escarro revelou tratar-se de adenocarcinoma. A paciente foi submetida à lobectomia superior direita e linfadenectomia. O exame AP confirmou o achado de adenocarcinoma no tumor primário e revelou focos microscópicos de adenocarcinoma em linfonodo hilar homolateral. Qual o estágio histopatológico e a recomendação de tratamento complementar?

- (A) Estádio IB, quimioterapia adjuvante.
- (B) Estádio IIB, quimioterapia adjuvante.
- (C) Estádio IB, radioterapia adjuvante.
- (D) Estádio IIB, radioterapia adjuvante.
- (E) Estádio IIB, quimioterapia + radioterapia adjuvante.

07. Paciente de 23 anos, previamente hígido, apresentou massa de consistência firme em testículo esquerdo. Uma ecografia revelou lesão sólida de 3,0 cm de diâmetro. A avaliação dos marcadores mostrou alfa-feto proteína de 315 ng/ml, beta-HCG de 835 mU/ml e LDH normal. A TC de abdômen mostrou presença de linfonodomegalias (a maior com 22 mm) em região paraaórtica homolateral. TC de tórax normal. O paciente foi submetido à orquiectomia e linfadenectomia retroperitoneal, cujo AP mostrou um tumor germinativo misto no testículo, com invasão vascular e linfática e extensão tumoral para a albugínea e túnica vaginal. Havia, ainda, presença de neoplasia em seis LFNs retroperitoneas. Qual é a classificação internacional de risco e qual é a conduta adequada?

- (A) Baixo risco, observação.
- (B) Risco intermediário, quatro BEP.
- (C) Baixo risco, dois BEP.
- (D) Risco intermediário, dois BEP.
- (E) Risco intermediário, observação.

08. Mulher em pós-menopausa, previamente hígida, iniciou com quadro de distensão abdominal progressiva. Uma TC de abdômen revelou lesão expansiva com componentes sólidos e císticos, em área de anexo direito. À laparotomia, foi constatada massa em ovário D, sem outras evidências de comprometimento macroscópico em cavidade abdominal e retroperitônio. A paciente foi submetida à histero-salpingo-ooforectomia bilateral + omentectomia. O diagnóstico AP foi de cistoadenocarcinoma seroso em ovário D e omento. O lavado do peritônio foi positivo para células malignas. Todas as demais biópsias na cirurgia de estadiamento foram negativas. CA-125, no pré-operatório, era de 315 ng/ml e caiu para níveis normais no pós-operatório. A paciente foi tratada com seis cursos de paclitaxel + carboplatina adjuvantes. Permaneceu em seguimento. Vinte e cinco meses após a adjuvância, apresentou ascite acompanhada de elevação progressiva de CA-125. Foi submetida a paracentese abdominal, que revelou CP positivo para adenocarcinoma. Qual a conduta correta?

- (A) Laparotomia de *second-look*, considerando ser a paciente refratária à quimioterapia.
- (B) Irradiação do abdômen total, com 4500 cGy.
- (C) Quimioterapia intraperitoneal com doxorubicina lipossomal.
- (D) Carboplatina droga única, considerando a presença de doença crônica e persistente e não resistente à platina.
- (E) Doxorubicina lipossomal, considerando ser a paciente refratária e resistente a platina prévia.

09. Considerando o câncer de cabeça e pescoço, assinale a afirmativa correta.

- (A) Linfomas ocorrendo em mucosa do trato aerodigestivo superior geralmente apresentam um padrão histológico não-Hodgkin difuso.
- (B) Considerando o estágio e a topografia, tumores de cavidade oral T1N0 apresentam maior risco de doença subclínica no pescoço do que os tumores de nasofaringe com o mesmo estadiamento clínico (T1N0).
- (C) Metotrexate, como droga única, vem sendo menos utilizado no contexto de tratamento paliativo, devido a melhor resposta de novos agentes, como a gencitabina.
- (D) O risco de desenvolver segundos tumores primários do trato aerodigestivo superior não ultrapassa a casa de 1% ao ano.
- (E) Cirurgia, radioterapia ou quimioterapia podem ser utilizadas como modalidades exclusivas de tratamento com potencial curativo para carcinomas de cabeça e pescoço.

10. Quanto a suscetibilidade genética e câncer, assinale a afirmação **INCORRETA**.

- (A) O risco de câncer por exposição a carcinogênicos químicos, relacionado à hereditariedade, pode variar de alto a baixo, dependendo da penetrância do gene.
- (B) Genes de suscetibilidade de câncer de alta penetrância causam cânceres familiares, representando um percentual muito baixo de todos os cânceres.
- (C) Genes de baixa penetrância causam cânceres esporádicos comuns, com poucas conseqüências à saúde pública.
- (D) O gene N-acetiltransferase 2 (NAT2) está associado à suscetibilidade genética e, portanto, ao risco individual de desenvolver cânceres de cólon, mama e bexiga.
- (E) Estudos sobre suscetibilidade genética e câncer incluem aqueles sobre metabolismo de carcinogênicos e reparo de DNA.

11. Quanto a adenomas do cólon, marque a afirmativa **INCORRETA**.

- (A) São considerados adenomas de alto risco aqueles maiores ou iguais a 1 cm ou histologicamente avançados (vilosos ou túbulo-vilosos ou com displasia de alto grau).
- (B) Colonoscopia a cada 3 anos é recomendada após a ressecção de adenomas de alto risco.
- (C) Colonoscopia a cada 10 anos é recomendada após a ressecção de pólipos hiperplásicos pequenos, retais.
- (D) Colonoscopia a cada 5 anos é recomendada após ressecção de adenomas de baixo risco.
- (E) Colonoscopia a cada 3 anos é recomendada após a ressecção de mais de 10 adenomas.

12. Quanto a prevenção do câncer de cérvix uterina, marque a afirmativa **INCORRETA**.

- (A) Papiloma vírus humano (HPV) causa praticamente a totalidade dos casos de câncer cervical.
- (B) HPVs dos tipos 16 e 18 causam cerca de 70% dos casos de câncer cervical.
- (C) A vacina profilática (3 doses) contra o HPV é recomendada para todas as mulheres jovens, com até 26 anos de idade, não gestantes e não HIV positivas.
- (D) No contexto de alta cobertura vacinal para HPV, o *screening* de rotina para câncer cervical não será mais necessário.
- (E) A vacina profilática contra o HPV é quadrivalente para os tipos de HPV 6, 11, 16 e 18.

13. Homem de 73 anos, tabagista (30 cigarros/dia/50 anos), com disfonia progressiva. Uma TC de tórax revelou grande lesão expansiva mediastino-pulmonar à esquerda, atelectasia lobar, elevação de hemi-cúpula diafragmática homolateral e linfonodomegalias mediastinais bilaterais. A fibrobroncoscopia mostrou lesão central em brônquio lobar superior esquerdo e o exame AP foi de carcinoma epidermóide. Qual o estágio e qual a conduta?

- (A) Estádio IV, quimioterapia paliativa.
- (B) Estádio IIIB, radioterapia + quimioterapia.
- (C) Estádio IIIA, radioterapia + quimioterapia.
- (D) Estádio IIIB, lobectomia + linfadenectomia.
- (E) Estádio IV, radioterapia exclusiva.

14. Homem de 63 anos, tabagista (40 cigarros/dia/40 anos), com recente mudança no caráter da tosse e aumento de dispnéia. Uma TC de tórax revelou massa mediastino-pulmonar de 45 mm à direita. O CP de es-carro foi positivo para carcinoma de pequenas células e o estadiamento revelou tratar-se de doença limitada. O paciente foi submetido a tratamento combinado e concomitante com quimioterapia + radioterapia (quatro cursos de EP + 4500 cGy, dirigidos ao tórax, durante o primeiro curso de QT). Ocorreu remissão completa. Qual a conduta ideal quanto à irradiação profilática do SNC?

- (A) Não administrar, pois não há benefício em sobre-vida e há excessiva toxicidade neurológica tardia, e não há diminuição da incidência de metástases cerebrais, tanto isoladas, como associadas à recidiva sistêmica.
- (B) Administrar 3000 cGy em frações diárias de 200 cGy, dirigidos ao crânio e à medula espinal. Irra-diar todo o neuro-eixo, considerando o elevado e progressivo risco de metástases cerebrais e de car-cinomatose meníngea.
- (C) Administrar 2000 cGy em frações diárias de 200 cGy, dirigidos ao crânio e concomitantes com o segundo curso de QT.
- (D) Administrar 3000 cGy em frações diárias de 200 cGy, dirigidos ao crânio, concomitantes com o últi-mo curso da QT.
- (E) Administrar 3000 cGy em frações diárias de 200 cGy, dirigidos ao crânio, após término da QT.

15. Com relação a hipercalemia e câncer, assinale a afirmativa **INCORRETA**.

- (A) É a síndrome paraneoplásica mais comum.
- (B) Ocorre, mais freqüentemente, em mieloma múlti-plo, cânceres de cabeça e pescoço, pulmão, mama e rim.
- (C) Secreção ectópica de hormônio paratireóideo ver-dadeiro é uma causa comum.
- (D) A severidade da hipercalemia, em pacientes com câncer, diminui após a introdução dos bifosfonados.
- (E) Pacientes sintomáticos, ou com cálcio sérico acima de 13 mg/dl, necessitam intervenção terapêutica agressiva e imediata.

16. No tratamento dos carcinomas epidermóides de laringe e de hipofaringe, está **INCORRETO** afirmar que

- (A) a determinação do estágio, TNM, determina a pos-sibilidade de terapia conservadora e a preservação de função.
- (B) pacientes com baixa condição funcional (baixo PS) não obtêm benefício de tratamentos combina-dos, com intenção conservadora.
- (C) quimioterapia seguida de radioterapia, associada à cirurgia de resgate aos não respondedores, é opção inicial válida para tumores localmente avançados.
- (D) cirurgia radical com radioterapia adjuvante persiste como opção efetiva somente se desconsiderarmos a preservação do órgão.
- (E) quimioterapia e radioterapia concomitantes adi-cionam toxicidade sem necessariamente adicionar benefício.

17. Em relação ao carcinoma de pâncreas, é correto afirmar que

- (A) a cirurgia curativa, embora possa ser realizada em uma pequena fração dos pacientes, é ainda a única opção curativa para os portadores deste tipo de carcinoma.
- (B) a efetividade da terapia adjuvante com quimio-te-rapia autoriza a tentativa cirúrgica inicial em doen-tes com ressecabilidade limítrofe.
- (C) a efetividade da radioterapia em controlar doença ressecada, com margens positivas, torna impres-cindível essa modalidade de tratamento.
- (D) uma vez tendo-se optado por oferecer adjuvância pós-cirurgia, é inquestionável que a combinação de quimio e radioterapia deve ser usada.
- (E) 5-fluorouracil, leucovorin, gemcitabina e bevaci-zumab são opções efetivas na doença metastática, estando autorizado seu uso na adjuvância.

18. Dos tipos de sarcomas de partes moles abaixo mencio-nados, qual apresenta maior sensibilidade ao tratamento quimioterápico?

- (A) Lipossarcoma.
- (B) Fibrohistiocitoma maligno.
- (C) Angiosarcoma.
- (D) Rabdomyosarcoma de tipo embrionário.
- (E) Condrossarcoma.

19. Com relação ao tratamento do melanoma metastático, é verdadeiro afirmar que

- (A) a quimioterapia tem produzido ganhos marcantes na sobrevida global.
- (B) o uso de BCG deve ser sempre considerado em associação com a quimioterapia.
- (C) o uso de interleucina II deve ser considerado apenas nos casos de envolvimento do SNC.
- (D) a ressecção completa de metástases isoladas deve ser considerada no manejo paliativo da doença.
- (E) o uso de temozolamida é de uso exclusivo nos casos de envolvimento no SNC.

20. Considere os exemplos de modulação bioquímica no tratamento quimioterápico das neoplasias abaixo apresentados.

- I - o uso de mesna para reduzir a toxicidade da ifosfamida na bexiga.
- II - o uso de ácido folínico para potencializar o efeito antitumoral do 5-fluorouracil.
- III- o uso de ácido folínico para antagonizar o efeito antitumoral do metotrexate.
- IV - o uso de levamisole para potencializar o efeito antitumoral do irinotecano.

Quais são as modulações favoráveis?

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

21. Em relação ao manejo de pacientes com mieloma múltiplo, é correto afirmar que

- (A) melfalano e prednisona permanece a combinação padrão de tratamento para todos os grupos etários.
- (B) a adição de outros agentes alquilantes ao melfalano representa o esquema terapêutico com maior taxa de resposta e melhora em sobrevida.
- (C) o escalonamento de doses de agentes alquilantes, ao ponto de requerer suporte autólogo de células-tronco hematopoiéticas autólogas, não só aumenta a taxa de resposta, como também aumenta a sobrevida livre de recidiva e a sobrevida geral.
- (D) é inquestionável o benefício do duplo transplante autólogo (*tandem*) se comparado ao do transplante simples em taxa de reposta, sobrevida livre de recidiva e sobrevida geral.
- (E) o efeito positivo da terapia de manutenção com interferons, talidomida ou lenalidomida, e inibidor de proteasome (Bortezomib) demonstra melhora de sobrevida, devendo ser incorporada aos tratamentos atuais.

22. Sobre o câncer inicial de mama feminina, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) O uso da mamografia como triagem (*screening*) reduziu a mortalidade relacionada ao câncer de mama.
- (B) O adequado controle da doença local (cirurgia e radioterapia) também se relaciona com a sobrevida geral das pacientes.
- (C) A terapia sistêmica adjuvante reduz a chance de recorrência sistêmica e local.
- (D) Após o diagnóstico de uma recorrência local, o risco aumentado de doença sistêmica está presente tanto nas pacientes que fizeram mastectomia, como nas que fizeram cirurgia conservadora.
- (E) A metanálise do EBCTCG não mostrou correlação positiva entre o controle local, em 5 anos, e sobrevida geral e sobrevida relacionada ao câncer de mama, em 15 anos.

23. Em relação ao risco hereditário de câncer de mama, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) O risco de câncer de mama e ovário, associado a mutações em genes BRCA1 e BRCA2, é transmitido tanto pela mulher como pelo homem.
- (B) O conhecimento da condição de carreador de mutação BRCA 1 ou 2 tem importância para o manejo e escolha das terapias relacionadas ao diagnóstico atual de câncer inicial de mama.
- (C) Em pacientes carreadoras de mutações BRCA1 e BRCA2, em programas de rastreamento, o controle cuidadoso com mamografia e ecografia, e mesmo ressonância magnética, não oferece segurança plena, tendo em vista o alto número de cânceres diagnosticados nos intervalos.
- (D) Tamoxifeno ou raloxifeno, como agentes de quimio-prevenção, não foram estudados especificamente em pacientes carreadoras de mutações BRCA1 e BRCA2, não oferecendo a segurança desejada.
- (E) Salpingo ooforectomia e mastectomia bilateral profiláticas são métodos importantes de prevenção de câncer de ovário e de mama em pacientes carreadoras de mutação BRCA1 e BRCA2.

24. Em relação ao manejo dos linfomas de Hodgkin, está **INCORRETO** afirmar que

- (A) estádios inicial (*early*) e avançado (*late*) sugerem a possibilidade de tratamento exclusivo com radioterapia ou quimioterapia respectivamente.
- (B) estudos com técnica de *microarray*, da expressão genética tumoral demonstram existir dois fenótipos (*signatures*), descritos como centro germinativo e célula B ativada, com prognósticos diferenciados sob tratamentos quimioterápicos semelhantes.
- (C) sintomatologia B, em casos com estadiamento inicial (IIB por exemplo), sugere a necessidade de tratamento quimioterápico extenso ou completo (6-8 ciclos).
- (D) doença refratária a esquema quimioterápico de salvamento, ou com recidiva precoce, não deve ser excluída dos regimes de altas doses de quimioterapia com resgate de células-tronco autólogas.
- (E) quimioterapia com ABVD é o padrão ouro, substituindo o esquema MOPP por possuir menor toxicidade e ter eficácia comparável.

25. Em relação ao tratamento adjuvante do câncer de cólon, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Mesmo que o *trial* MOSAIC com FU/LV/Oxaliplatina tenha demonstrado prolongamento do intervalo livre de recorrência em pacientes operados, com estádios II e III, o tratamento adjuvante de estádios II ainda é controverso.
- (B) Em protocolos de pesquisa, a avaliação de resultados baseada em Intervalo livre de recidiva (ILR) em 3 anos pode substituir a espera pela avaliação de sobrevida em 5 anos, facilitando e acelerando conclusões.
- (C) Capecitabina (Xeloda) tem capacidade, como droga isolada, de substituir as combinações 5FU e leucovorin na adjuvância de pacientes estádios III.
- (D) A adição do bevacizumab às combinações de 5FU/LV e oxaliplatina geram melhora de sobrevida livre de recidiva em 3 anos, o que não foi demonstrado com cetuximab.
- (E) A combinação irinotecano, 5FU e leucovorin (IFL), com atividade em doença metastática, não deve ser usada na adjuvância, devido à sua toxicidade.