



CÂNCER COLORRETAL SINCRÔNICO: RELATO DE CASO

SYNCHRONIC COLORECTAL CANCER: A CASE REPORT

José Ademar Baldim¹, Marcus Odilon Andrade Baldim², Marissa Andrade Baldim³, Giovanna Buffo⁴, Beatriz Barraqui Nardo⁵

e31912

<https://doi.org/10.47820/recima21.v3i1.912>

RESUMO

Introdução: O câncer (CA) colorretal é considerado um grave problema de saúde pública, principalmente nos países desenvolvidos. Este tipo de tumor apresenta uma alta taxa de mortalidade, e seu diagnóstico precoce pode contribuir para o tratamento e cura da doença. Diante disso, este estudo trouxe um relato de caso de paciente atendido em um hospital na cidade de Alfenas, MG, que foi diagnosticado com câncer colorretal sincrônico (CCRs). **Relato de caso:** paciente sexo masculino, 65 anos, natural e residente de Alfenas-MG. O paciente buscou atendimento médico, por estar sentindo fortes dores abdominais, foi submetido à avaliações clínicas, laboratoriais e de imagem, as quais constaram a presença de CA de colorretal em estadiamento T3N0. O paciente recebeu tratamento e acompanhamento adequados. **Discussão:** neste estudo ficou evidente a importância da busca por auxílio médico diante dos primeiros sinais e sintomas apresentados pela doença. Somado a isso, avaliações devem ser realizadas para rastreio possibilitando o diagnóstico precoce para que o tratamento curse de forma adequada à manutenção da saúde e da vida do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias. Oncologia. Tratamento

ABSTRACT

Introduction: Colorectal cancer is considered a serious public health problem, especially in developed countries. This type of tumor has a high mortality rate, and its early diagnosis can contribute to the treatment and cure of the disease. Therefore, this study brought a case report of a patient seen at a hospital in the city of Alfenas, MG, who was diagnosed with synchronous colorectal cancer. **Case report:** patient G.V.C., male, 65 years, born in Alfenas-MG, where he still lives. The patient sought medical attention, as he was experiencing severe abdominal pain, he was submitted to clinical, laboratory and imaging exams, which showed the presence of colorectal cancer, in T3N0 staging. The patient received adequate treatment and follow-up. **Discussion:** the importance of seeking medical assistance was evident in face of the first signs and symptoms of the disease. In addition, exams must be carried out for screening, enabling early diagnosis so that the treatment can proceed in an adequate way to maintain the patient's life and health.

KEYWORDS: Neoplasms. Oncology. Treatment

INTRODUÇÃO

No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA)¹¹, estima-se que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer para cada ano do triênio 2020-2022. Dentre estes, merece destaque o câncer colorretal ou câncer de cólon e reto (CCR), que ocupa a segunda posição em incidência, tanto em homens quanto em mulheres.¹¹

O CCR engloba os tumores malignos situados no intestino grosso, que é composto pelo cólon, reto e ânus; o paciente com essa patologia, através de tratamento e acompanhamento correto, poderá ser curado, sendo dificultada em casos de metástase.¹¹ No corpo humano, o intestino grosso é o órgão mais

¹ UNIFENAS - Universidade José do Rosário Vellano MG

² UNIFENAS - Universidade José do Rosário Vellano MG

³ UNIFENAS - Universidade José do Rosário Vellano MG

⁴ UNIFENAS - Universidade José do Rosário Vellano MG

⁵ UNIFENAS - Universidade José do Rosário Vellano MG



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

CÂNCER COLORRETAL SINCRÔNICO: RELATO DE CASO
José Ademar Baldim, Marcus Odilon Andrade Baldim, Marissa Andrade Baldim, Giovanna Buffo, Beatriz Barraqui Nardo

frequente para neoplasias primárias, podendo ser de caráter benigno (adenomas) ou maligno (carcinomas - adenocarcinomas).

O câncer de intestino pode evoluir de modo assintomático ou com sintomas inespecíficos que podem passar despercebidos, sendo assim, o diagnóstico precoce tem papel fundamental no prognóstico do paciente. Estes tumores podem ser detectados precocemente por meio de dois exames: pesquisa de sangue oculto nas fezes e endoscopias, os quais devem ser realizados em pessoas com sinais e sintomas sugestivos ou à fins de rastreamento em pessoas sem sinais e sintomas, mas pertencentes a grupos de médio risco (pessoas com idade acima de 50 anos) e alto risco (pessoas com história pessoal ou familiar deste câncer, de doenças inflamatórias do intestino ou síndromes genéticas, como a de Lynch).²⁰

Associado a casos de CCR, há a possibilidade de se desenvolver CCRs, que se refere a um ou mais cânceres colorretais, diferentes da lesão índice, diagnosticados no pré-operatório, intraoperatório, ou dentro de 6 meses após a cirurgia. Essas lesões adicionais precisam ser distintamente separadas por pelo menos 4cm de distância do CCR índice e não podem constar disseminação de submucosa ou ser uma lesão satélite do CCR índice.^{8,10}

O CCR geralmente é assintomático, por isso é importante que medidas preventivas sejam implantadas como forma de se detectar a doença em estágio inicial, proporcionando ao paciente mais chances de obter a cura. Além disso, deve-se atentar aos sinais e sintomas de alerta que fazem parte do quadro clínico da doença, como mudanças nos hábitos intestinais, dor abdominal, sangue oculto e alterações nas fezes.¹⁵ Diante do exposto, este estudo de caso teve como objetivo apresentar o relato da constatação de CCRs em um paciente atendido em um hospital, na cidade de Alfenas, MG.

METODOLOGIA

Este trabalho se trata de um estudo de caso que foi realizado mediante coleta de dados no serviço de arquivo médico (prontuários) do Hospital Universitário Alzira Vellano situado na cidade de Alfenas, Minas Gerais. A confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização do paciente relatado na pesquisa foi mantida, assegurada pelo Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), o qual foi assinado pelo paciente, garantindo a não utilização das informações em prejuízo da pessoa, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros. Para a revisão e discussão deste artigo foram utilizadas as bases de Lilacs, Scielo, Medline, BVS e Pubmed.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 65 anos, natural e residente de Alfenas-MG. Buscou atendimento médico referindo dores abdominais de forte intensidade, duas evacuações ao dia, com presença de muco e sangue nas fezes.

Foi solicitado preparo intestinal para realização de colonoscopia, porém, ao iniciar, houve um quadro de suboclusão intestinal, motivo pelo qual foi levado ao Hospital Universitário Alzira Vellano (HUAV), no dia 13/07/2020. Na admissão, queixou de dor abdominal tipo cólica, de forte intensidade, iniciada após a ingestão de Lactopurga, relatou uma evacuação de consistência endurecida seguidas de



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

CÂNCER COLORRETAL SINCRÔNICO: RELATO DE CASO

José Ademar Baldim, Marcus Odilon Andrade Baldim, Marissa Andrade Baldim, Giovanna Buffo, Beatriz Barraqui Nardo

pastosas, associadas à sete episódios de vômitos. Paciente recebeu alta médica no mesmo dia, com hipótese diagnóstica de hérnia umbilical, sendo orientado retorno no dia 29/07/2020.

Paciente referia persistência do desconforto abdominal com evacuações diárias, associado a presença de muco e sangue. Sendo assim, no dia 05/08/2020, foi realizada colonoscopia com preparo intestinal. No entanto, o paciente apresentou dor abdominal de forte intensidade, difusa, do tipo cólica, iniciada após início do preparo intestinal. Todavia negava evacuações, vômitos e febre, sendo, portanto, readmitido no HUAV.

Durante a anamnese, paciente relatou hipertensão arterial sistêmica (HAS), em uso de Losartana 50mg, 1 comprimido/dia. Afirmou ser alérgico a Tramal e Cetoprofeno e já ter realizado 3 cirurgias prévias (artroscopia, prótese de quadril direito e cirurgia em ombro esquerdo). Apresenta histórico familiar próximos de câncer (irmã). Nega tabagismo e etilismo. Reside em região urbana, com condições básicas de higiene e saneamento.

Ao exame físico, regular estado geral (REG), consciente, orientado, eupneico, normocorado, anictérico, acianótico e afebril. À ausculta, aparelho respiratório apresentou murmúrio vesicular fisiológico e sem ruídos adventícios; aparelho cardiovascular evidenciou bulhas rítmicas, normofonéticas, em dois tempos, sem sopros, cliques e estalidos. No aparelho gastrointestinal verificou-se a presença de hérnia umbilical, ruídos hidroaéreos aumentados, dor à palpação difusa, Blumberg negativo, ausência de massas palpáveis, hipertimpânico à percussão.

Aos exames laboratoriais, hemoglobina (13,9 g/dL), hematócitos (41 %), leucócitos (8890 mm³) e plaquetas (278000 µl), apresentavam-se dentro dos limites de normalidade. No entanto, o resultado do exame proteína C-reativa (PCR) estava alterado (6,5 mg/L), apontando a presença de algum tipo de infecção.

A colonoscopia realizada no dia 05/08/2020 apresentou grande lesão vegetante e infiltrativa subocclusora (+/- 98%) de cólon descendente proximal (coletado para biópsia) e grande lesão ulcero vegetante do cólon sigmoide proximal (coletado material para biópsia). Foi realizada a tomografia computadorizada no mesmo dia, sendo observado espessamento parietal assimétrico na transição cólon descendente/sigmoide, determinando moderada dilatação das alças à montante, trazendo a possibilidade de lesão primária entre os diferenciais e pequena quantidade de líquido livre em regiões perihepática e da pelve. Portanto, foi necessário dar seguimento à investigação e possível identificação de estadiamento de CCR.

Na biópsia foi identificado um adenocarcinoma invasor moderadamente diferenciado do intestino grosso. Achados semelhantes em ambos os materiais (lesões de cólon descendente proximal e sigmoide proximal). Foi realizado laparotomia exploradora, retossigmoidectomia abdominal com colostomia (cirurgia de Hartman) e herniorrafia umbilical.

No exame anatomopatológico pós-cirúrgico, foram identificados 2 tumores, conforme descrição a seguir:

- Tumor 1: medindo 5,5 x 5,0 cm, adenocarcinoma bem diferenciado do intestino grosso invadindo todas as camadas, inclusive a serosa. Presença de invasão angiolímfática. Margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

CÂNCER COLORRETAL SINCRÔNICO: RELATO DE CASO

José Ademar Baldim, Marcus Odilon Andrade Baldim, Marissa Andrade Baldim, Giovanna Buffo, Beatriz Barraqui Nardo

- Tumor 2: medindo 3,0 x 2,0 cm, adenocarcinoma bem diferenciado do intestino grosso invadindo até a muscular própria, sem invasão da serosa. Ausência de invasão angiolinfática. Margens cirúrgicas livres. Ausência de metástases nos linfonodos isolados.

- Estadiamento patológico: pT3 p N0

Após os procedimentos, o paciente recebeu alta, retornando no dia 21/08/2020 para consulta de acompanhamento; sem queixas, colostomia funcionando e exame físico sem alterações. O paciente foi encaminhado para serviço de oncologia para terapia adjuvante.

DISCUSSÃO

A epidemiologia do câncer colorretal traduz estatisticamente a importância de se trazer relatos de casos que produzam discussões sobre as estratégias para o atendimento a essa temática, que corresponde a aproximadamente 10% do total dos tumores diagnosticados por ano. A incidência global estimada para 2035 é o aumento de dois para cinco milhões de casos.⁵

De acordo com Menezes¹⁵, o CCR geralmente é assintomático, por isso, deve-se atentar aos sinais e sintomas de alerta que fazem parte do quadro clínico da doença, como mudanças nos hábitos intestinais, dor abdominal, sangue oculto e alterações nas fezes. Os menos comuns são a presença de muco nas fezes, dor no baixo ventre, anemia, queda no estado geral, tumores abdominais palpáveis, obstrução intestinal aguda, fístula crônica e peritonite fecal por perfuração intestinal. O paciente inicialmente buscou auxílio médico com queixas de fortes dores abdominais, após o preparo intestinal para a colonoscopia, também apresentou alterações nas fezes com presença de muco e sangue, que são sintomas característicos da doença.¹⁵

Na avaliação de antecedentes pessoais e patológicos, os fatores que poderiam ser considerados de risco para o paciente em relação à presença de um CCR são a idade de 65 anos e o relato de histórico familiar com câncer. Barduco³ declaram que os fatores de risco para o CCR incluem história familiar de CCR; idade; dieta baseada em consumo de carne vermelha e processada; alcoolismo e tabagismo; obesidade e falta de exercícios. O CCR é mais comum em idosos, especialmente após os 60 anos, como no caso do paciente desse estudo.¹⁹

O rastreio em pacientes com baixo risco de desenvolver CCR deve ocorrer a partir dos 50 anos, realizado com pesquisa anual de sangue oculto nas fezes e retossigmoidoscopia flexível a cada cinco anos. A partir dos 60 anos, deve-se realizar colonoscopia ou enema opaco a cada 10 anos. Em contrapartida, pacientes expostos aos fatores de risco devem iniciar rastreamento aos 40 anos, incluindo o exame de colonoscopia.¹⁷

Ademais, paciente relatou ter vida saudável sem utilização de álcool ou tabaco. Essa avaliação é importante por fazer parte dos fatores de proteção, os quais envolvem o consumo de grande quantidade de peixe, pequena quantidade de carne vermelha processada e exercício físico. O adenocarcinoma tem evolução lenta, com duração média de dez anos, portanto é considerado um dos cânceres mais responsivos às medidas preventivas, uma vez que haja o controle dos fatores de risco e rastreamento precoce.¹⁵



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

CÂNCER COLORRETAL SINCRÔNICO: RELATO DE CASO
José Ademar Baldim, Marcus Odilon Andrade Baldim, Marissa Andrade Baldim, Giovanna Buffo, Beatriz Barraqui Nardo

Durante a avaliação clínica, houve a suspeita da presença de alguma anormalidade colorretal, para tanto, o paciente foi encaminhado para a realização do exame proctológico (toque retal). Tanaka¹⁸ afirmam que o exame proctológico é um dos mais utilizados para a identificação inicial nestes tipos de tumores. Após realização, é indicado encaminhar o paciente à um exame mais detalhado e completo.⁶ Nesse sentido, a colonoscopia é conhecida como exame padrão-ouro,¹⁴ além de complementar achados radiológicos duvidosos, é o exame preferencial para o diagnóstico, por melhor identificar pequenas lesões e fornecer achado histopatológico.

Por meio da colonoscopia, quando um pólipó for encontrado fora da área de ressecção da lesão principal, este pode ser removido imediatamente. Se houver uma lesão infiltrativa, uma biópsia da mesma deve ser realizada.⁶ A biópsia representa uma etapa fundamental do diagnóstico, possibilitando a definição de características histológicas da lesão como o grau de diferenciação celular ou o conteúdo celular de DNA.¹⁶

Utilizou-se colonoscopia para identificar as lesões sincrônicas no paciente em questão. Essa metodologia já tem sido utilizada e citada na literatura como ferramenta útil na identificação de CCRs devido ao fato de direcionar a proposta terapêutica de acordo com o resultado, o qual, se houver a confirmação, preconiza-se a realização de colectomia total ou subtotal, desde que as condições clínicas do paciente permitam.²

Após vários episódios de desconfortos abdominais, dor abdominal de forte intensidade, difusa, do tipo cólica e evacuações com muco e sangue, ocorreu de forma satisfatória a colonoscopia em que apresentava grande lesão ulcero vegetante do cólon sigmoide proximal. Em decorrência desse laudo, foi realizado a biópsia indicando um adenocarcinoma invasor moderadamente diferenciado do intestino grosso (lesões de cólon descendente proximal e sigmoide proximal). Em suma, a via tradicional que corresponde a maior parte dos cânceres colorretais foi àquela acometida pelo paciente relatado no caso.⁹

A colonoscopia convencional é um teste dominante e reconhecido na prevenção e detecção do CCR. Contudo, uma vez que há CCR estenosante evidencia-se a possibilidade do impedimento do estudo dos segmentos do cólon proximal, levando a um erro no diagnóstico de CCR sincrônico. Em geral, os CCRs englobam diferentes segmentos do cólon e reto, demandando ressecção extensa ou ressecção segmentar separada. No entanto, o caso em questão diz respeito aos segmentos do cólon distal (descendente proximal e sigmoide proximal), por essa razão não houve dificuldades em diagnosticar tal patologia. Além disso, houve uma particularidade no caso, uma vez que os tumores acometeram o mesmo segmento.¹⁰

No caso descrito, houve a realização completa da colonoscopia, porém não houve a detecção do CCRs, sendo apenas identificado no pós-operatório. Chin, Kuo e Chiang⁸ afirmam que o diagnóstico pré-operatório preciso de CCRs é fundamental para definir o tipo e a extensão dos tratamentos cirúrgicos. Entretanto, os autores apontam que no caso de pacientes com obstrução tumoral ou estenose intransponível é inviável realizar a colonoscopia completa pré-operatória.⁸

O câncer sincrônico é definido como duas ou mais neoplasias identificadas simultaneamente no mesmo paciente ou um segundo tumor identificado até seis meses após o diagnóstico inicial,⁴ sendo assim, enquadra-se o caso do paciente em estudo. A constatação de um CCRs traz mudanças radicais no



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

CÂNCER COLORRETAL SINCRÔNICO: RELATO DE CASO
José Ademar Baldim, Marcus Odilon Andrade Baldim, Marissa Andrade Baldim, Giovanna Buffo, Beatriz Barraqui Nardo

procedimento cirúrgico e, no caso de diagnóstico tardio, pode gerar consequências negativas na estratégia terapêutica.

Ainda que o CCRs tenha sido detectado no momento pós-cirúrgico, não havia metástase. Por essa razão, o paciente foi encaminhado para serviço de oncologia para terapia adjuvante. O acompanhamento é essencial para evitar a progressão do tumor sincrônico para um estágio mais avançado, como a metástase. Em razão disso, a importância de saber os fatores de risco de CCRs, benefícios e malefícios para determinar a extensão da ressecção.⁸

A maior parte dos cânceres surgem de pólipos. Em geral, existem duas vias distintas que são as principais antecessoras de lesão, a via tradicional adenoma-carcinoma, também dito como a sequência de instabilidade cromossômica, que corresponde a 70-90% dos cânceres colorretais; e a via de neoplasia serrilhada (equivalente a 10-20% dos cânceres colorretais).

O estadiamento do tumor avaliado foi T3N0. De acordo com o Instituto Oncoguia¹², o estadiamento é utilizado para averiguar a localização e o tamanho do tumor, sendo assim, determinado o avanço da doença no paciente. No caso de câncer colorretal, a classificação TNM é o sistema de estadiamento adotado para avaliar o estágio do câncer. As letras representam T (tumor), referindo ao tamanho do tumor e sua disseminação, que podem acometer a mucosa, a submucosa, a muscular própria, as subserosa e serosa; N (nódulos ou linfonodo), relatando sobre a disseminação da doença para os linfonodos regionais e a ocorrência de metástases; e M (metástase) indica se há metástase em outras partes do corpo.¹ As numerações após as letras indicam as fases de cada parâmetro, o qual, quanto maior o número, mais avançada a doença. Os números variam de 0 (sem tumor, linfonodo afetado ou metástase) a 4, havendo maior comprometimento. O estadiamento do CCR decorre da profundidade da invasão da parede, sendo a acurácia indispensável para definir o tratamento e o prognóstico dos pacientes.¹⁷

Nesse sentido, o câncer no paciente foi identificado em um estágio mais precoce.⁷ Segundo relatado no INCA¹¹ quanto mais cedo for identificada a doença maior será a chance de cura da enfermidade, somado ao tratamento e acompanhamento efetivo.¹³ Evidenciando a importância da ação preventiva na população de risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apresentação do presente relato de um paciente que foi diagnosticado com CCRs, elucida a importância na busca por auxílio médico diante dos primeiros sinais e sintomas que a doença pode apresentar, que neste caso refere as fortes dores abdominais. Diante do exposto, vale ressaltar a importância das avaliações iniciais realizadas através de profissional específico para que o desfecho do tratamento ocorra de forma adequada para a manutenção da saúde e da vida do paciente, tendo em vista que tumores que são diagnosticados tardiamente, têm uma baixa taxa de sobrevivência de seus pacientes.

REFERÊNCIAS

1. ACS - American Cancer Society. Colorectal Cancer Stages. 2018. [acesso em 2021 maio 4]; Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/staged.html>.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

CÂNCER COLORRETAL SINCRÔNICO: RELATO DE CASO

José Ademar Baldim, Marcus Odilon Andrade Baldim, Marissa Andrade Baldim, Giovanna Buffo, Beatriz Barraqui Nardo

2. Andrade SMS, Pereira FL. Câncer Colorretal Sincrônico - Relato de Caso e Revisão de Literatura. Rev bras Coloproct. 2007;27(1):069-079.
3. Barduco ES, Alves MF, Ferreira L, Coelho RWB, Lindemann IL. Fatores de risco para câncer de mama e colorretal em população assistida por Equipe de Saúde da Família. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. 2019;40(2):227-236.
4. Brambilla E, Sgarioni AC, Finger G, Sartori G, Cimarosti MJ. Incidence and epidemiological features of synchronous and metachronous colorectal cancer. Journal of Coloproctology. [Rio de Janeiro]. 2013;33(2):58-61.
5. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: Cancer J Clin. 2018;68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492.
6. Cârțână ET, Gheonea DI, Săftoiu A. Advances in endoscopic ultrasound imaging of colorectal diseases. World J Gastroenterol. 2016;5(22):1756-1766.
7. Chabner BA, Longo DL. Manual de oncologia de Harrison. 2 ed. Porto Alegre: AMGH; 2015.
8. Chin CC, Kuo YH, Chiang JM. Synchronous colorectal carcinoma: predisposing factors and characteristics. Colorectal Disease. 2019;21(4):432-440. <https://doi.org/10.1111/codi.14539>
9. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. The Lancet. 2019;394(10207):1467-1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32319-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32319-0)
10. Flor N, Zanchetta E, Di Leo G, Mezzanzanica M, Greco M, Carrafiello G, et al. Synchronous colorectal cancer using ct colonography vs. Other means: A systematic review and meta-analysis. Abdominal Radiology. 2018;43(12):3241-3249. <https://doi.org/10.1007/s00261-018-1658-1>
11. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Estatísticas de câncer. Brasília: Ministério da saúde; 2020. [acesso em 2021 maio 05]; Disponível em: <https://www.inca.gov.br/>
12. Instituto Oncoguia. Estadiamento do Câncer. 2020. [acesso em 2021 maio 4]. Disponível em <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estadiamento/4795/1/>.
13. Jeffery M, Hickey BE, Hider PN. Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer. Cochrane Data base of Systematic Reviews. 2019;9:1-91.
14. Melo IJR, Leao ACMC, Ferreira IC, Lima MBC, de Souza TCS. Colonoscopia: Prevenção do Câncer Colorretal. Revista Científica Hospital Santa Izabel. 2019;3(4):218-225.
15. Menezes C, Ferreira D, Faro F, Bomfim M, Trindade L. Câncer colorretal na população brasileira: taxa de mortalidade no período de 2005-2015. Rev Bras Promoç Saúde. Fortaleza. 2016;29(2):172-179. <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p172>
16. Mergener K, Potter NT. Colorectal cancer screening recommendations. JAMA. 2016;16(316):1716.
17. Souza GD, Souza LRQ, Cuenca RM, Vilela VM, Santos BEM, Aguiar FS. Métodos de imagem no estadiamento pré e pós operatórios do câncer colorretal. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2018;31(2):e1371. DOI: /10.1590/0102-672020180001e1371
18. Tanaka A, Sadahiro S, Suzuki T, Okada K, Saito G. Comparisons of rigid proctoscopy, flexible colonoscopy, and digital rectal examination for determining the localization of rectal cancers. Diseases of the Colon & Rectum. 2018;61(2):202-206.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

CÂNCER COLORRETAL SINCRÔNICO: RELATO DE CASO

José Ademar Baldim, Marcus Odilon Andrade Baldim, Marissa Andrade Baldim, Giovanna Buffo, Beatriz Barraqui Nardo

19. Wang XS, Shi Q, Dougherty PM, Eng C, Mendoza TR, Williams LA, et al. Prechemotherapy touch sensation deficits predict oxaliplatin-induced neuropathy in patients with colorectal cancer. *Oncology*. 2016;90(3):127-35. doi: 10.1159/000443377.
20. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.