



## Tumor sincrônico de cólon

Synchronic colon tumor

Tumor de colon sincrónico

Eduardo Reinaldo Silva<sup>1</sup>, Luiz Fernando Leli<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Expor um caso clínico de paciente o qual apresentou tumor sincrônico de cólon. **Detalhamento de caso:** Paciente masculino com 70 anos de idade submetido a colectomia esquerda em 2024, devido tumor de cólon que foi diagnosticado por meio de colonoscopia incompleta. Por isto, apenas no intraoperatório que pode ser diagnosticado com tumor sincrônico, ou seja, existiam duas massas tumorais intestinais. Portanto, foi necessária a realização de colectomia esquerda ampliada, para obtenção de ressecção completa dos achados, no pós-operatório foi constatada em estudo anatomopatológico a natureza neoplásica de ambas as lesões, assim como margem cirúrgica oncológica não comprometida. Deste modo, no momento, paciente segue aos cuidados da oncologia clínica. **Considerações finais:** Frente ao caso relatado, fica evidente que o estudo incompleto do cólon prejudica o diagnóstico dessa patologia, portanto sempre deve-se realizar inventário de cavidade abdominal em cirurgias que explorem tal segmento corporal, assim como utilizar instrumentos diagnósticos modernos como a colonografia por tomografia computadorizada, caso esteja disponível.

**Palavras-chave:** Neoplasias do colo, Intestino grosso, Colonoscopia.

### ABSTRACT

**Objective:** To present a clinical case of a patient who presented with a synchronous colon tumor. **Case details:** A 70-year-old male patient underwent left colectomy in 2024 due to a colon tumor that was diagnosed through incomplete colonoscopy. Therefore, only intraoperatively could a synchronous tumor be diagnosed, that is, there were two intestinal tumor masses. Therefore, an extended left colectomy was necessary to obtain complete resection of the findings. In the postoperative period, the neoplastic nature of both lesions was confirmed in an anatomopathological study, as well as an uncompromised oncological surgical margin. Therefore, at the moment, the patient is under the care of clinical oncology. **Final considerations:** In view of the reported case, it is evident that an incomplete study of the colon impairs the diagnosis of this pathology, therefore, an inventory of the abdominal cavity should always be performed in surgeries that explore this body segment, as well as using modern diagnostic instruments such as computed tomography colonography, if available.

**Keywords:** Colonic neoplasms, Intestine large, Colonoscopy.

<sup>1</sup> Santa Casa de Misericórdia de Franca, Franca – SP.

## RESUMEN

**Objetivo:** Presentar un caso clínico de un paciente que presentó un tumor de colon sincrónico. **Detalles del caso:** Paciente masculino de 70 años de edad, fue sometido a colectomía izquierda en el año 2024, debido a un tumor de colon que fue diagnosticado mediante colonoscopia incompleta. Por lo tanto, sólo intraoperatoriamente se puede diagnosticar un tumor sincrónico, es decir, había dos masas tumorales intestinales. Por lo tanto, fue necesario realizar una colectomía izquierda ampliada para obtener la resección completa de los hallazgos. El estudio anatomopatológico postoperatorio reveló el carácter neoplásico de ambas lesiones, así como un margen quirúrgico oncológico no comprometido. Por lo que, por el momento, el paciente permanece bajo cuidado de oncología clínica. **Consideraciones finales:** A la vista del caso reportado, queda claro que un estudio incompleto del colon perjudica el diagnóstico de esta patología, por lo que siempre se debe realizar un inventario de la cavidad abdominal en las cirugías que exploran este segmento corporal, así como como el uso de instrumentos de diagnóstico modernos como la colonografía por tomografía computarizada, si está disponible.

**Palabras clave:** Neoplasias del colon, Intestino Grueso, Colonoscopia.

---

## INTRODUÇÃO

O intestino grosso desempenha um papel fundamental no processo digestivo e na formação das fezes. Sua principal função é a absorção de água dos resíduos não digeríveis provenientes do quimo líquido, transformando-os em fezes mais sólidas e prontas para a eliminação. A estrutura do intestino grosso é bastante complexa e é composta por várias partes importantes, cada uma com funções específicas. Essas partes incluem o ceco, que é a porção inicial do intestino grosso; os cólons, que se dividem em cólon ascendente, cólon transverso, cólon descendente e cólon sigmoide; além do reto e do canal anal. O ceco é responsável por receber o quimo do intestino delgado e iniciar o processo de formação das fezes. Os cólons, por sua vez, continuam o processo de absorção de água e eletrólitos e formam as fezes. O reto armazena os resíduos até que sejam eliminadas através do canal anal. Neste trabalho, vamos concentrar nossa atenção especialmente nos cólons e no reto, uma vez que essas áreas são frequentemente afetadas por tumorações malignas, como o câncer colorretal. A compreensão detalhada dessas partes do intestino grosso é essencial para a detecção precoce e o tratamento eficaz dessas condições (MOORE KL, et al., 2014).

O câncer de cólon e reto, uma das neoplasias mais comuns em todo o mundo, apresenta uma evolução característica. Inicialmente, a doença pode surgir a partir de lesões benignas conhecidas como pólipos. Os pólipos são anomalias que se formam na mucosa do cólon e do reto. Eles são classificados de acordo com suas características morfológicas e histológicas, e alguns tipos têm o potencial de se transformar em adenocarcinoma, que é um tipo de câncer colônico, geralmente em um intervalo de cinco a dez anos (INCA, 2023; SABISTON DC, et al., 2019).

Os pólipos podem ser categorizados em cinco classificações principais. A primeira seção são os pólipos adenomatosos, eles são a forma mais comum com potencial para malignização e são subclassificados em adenoma tubular, tubuloviloso e vilosiforme. Ainda, existem os pólipos hiperplásicos, que são lesões que se formam devido a uma proliferação excessiva de células na mucosa colônica, geralmente são encontrados no reto e cólon sigmoide. Outro tipo são os pólipos serrilhados, pólipos de células mucosas e pólipos inflamatórios (SABISTON DC, et al., 2019).

Essa doença é expressivamente frequente na população brasileira, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) a estimativa anual de incidência entre 2023 e 2025, será de 45.630 casos. Logo, há um risco de 21,10 para cada 100.000 habitantes, ou 21.970 casos em homens e 23.660 em mulheres (INCA, 2023).

Assim sendo, preenchem a terceira posição no ranking de neoplasias mais comuns, exceto tumores de pele não melanoma. De maneira que, a região com maior número de diagnósticos no Brasil é a Sudeste, seguida pelo Centro-Oeste, Sul, Nordeste e Norte (INCA, 2023).

Como não bastasse, além da incidência ser alta, a mortalidade também possui valor significativo. Ainda, segundo o INCA, em 2020, no Brasil, 20.245 pessoas evoluíram para óbito por conta desse tipo de câncer (INCA, 2023).

Outrossim, os cânceres colorretais podem se apresentar de maneira solitária, sincrônica ou metacrônica. Sendo, respectivamente, quando há lesão única, duas ou mais lesões primárias simultaneamente, por fim lesões solitárias existentes em tempos diferentes (LAM AKY, et al., 2014).

As lesões sincrônicas possuem uma prevalência aproximada de 3,5% entre todas as neoplasias colorretais. Ademais, a razão de acometimento entre homens e mulheres é de 1,8:1 e existem algumas situações predisponentes, como doenças inflamatórias intestinais, Síndrome de Lynch e polipose adenomatosa familiar (LAM AKY, et al., 2014).

Dentre as situações de diagnóstico desta doença, em torno de 25% dos pacientes procuram atendimento médico em situações de urgência, consistindo 18% deles por conta de obstrução intestinal e 7% com peritonite devido abdome agudo perfurativo (JUNIOR JCMS, 2002).

Por conseguinte, neste tipo de circunstância, não é possível fazer uma investigação completa da doença de maneira pré-operatória. Posto isto, a pesquisa de lesões sincrônicas é ausente, portanto cabe ao cirurgião analisar a cavidade abdominal durante o inventário cirúrgico. Assim como, a realização de colonoscopia no pós-operatório tardio, para a confirmação de ausência de lesões malignas ou pré-malignas. (JUNIOR JCMS, 2002)

Diante o exposto, este trabalho teve como objetivo relatar um estudo de caso de um paciente que durante o intraoperatório de ressecção de tumor de cólon descendente, foi diagnosticado com tumor sincrônico de cólon transverso. Para isso, foi revisada literatura científica sobre a epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico, tratamento cirúrgico e suas interrelações.

## **DETALHAMENTO DO CASO**

Este é um relato de caso apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Parecer 7.197.162 e CAAE 83487024.3.0000.5438). Sendo que, teve-se a concordância do paciente com a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O paciente em questão é um indivíduo masculino, de etnia branca, com 70 anos de idade. Ele possui um histórico médico significativo que inclui epilepsia, para a qual está em tratamento com fenitoína e fenobarbital. Adicionalmente, o paciente foi submetido a uma gastrectomia há 30 anos devido a uma úlcera gástrica perfurada.

O paciente inicialmente foi atendido em sua cidade natal e, posteriormente, encaminhado para um serviço de referência em Franca-SP para a realização de uma retossigmoidectomia eletiva. Esta decisão foi motivada pela presença de um tumor localizado no cólon esquerdo, especificamente no segmento sigmóide, identificado durante a investigação clínica.

A queixa inicial do paciente envolveu astenia leve, que surgiu aproximadamente seis meses antes do diagnóstico definitivo. A investigação revelou anemia sem causa claramente definida. Com a progressão dos sintomas, o paciente passou a apresentar cólicas abdominais difusas, acompanhadas de alternância entre constipação e diarreia. Esses sintomas foram avaliados por meio de uma colonoscopia, que identificou uma lesão estenosante localizada a cerca de 70 cm da borda anal. Esta lesão era suficientemente obstrutiva para impedir a passagem do colonoscópio e limitou a visualização completa do cólon.

Durante o exame físico, o paciente encontrava-se em bom estado geral, porém apresentava emagrecimento. Ele estava consciente e orientado, sem alterações detectáveis nos sistemas respiratório e cardiovascular, e sem anormalidades evidentes em membros. O exame abdominal não revelou alterações significativas durante inspeção, ausculta, palpação, percussão ou toque retal.

Em exames laboratoriais demonstravam os seguintes valores: CEA- Antígeno Carcinoembrionário: 14,2 ng/ml (valor de referência para não fumante: inferior a 5 ng/ml), hemácias: 5,05 milhões/mm<sup>3</sup> (valor de referência 4,6 a 5,9 milhões/mm<sup>3</sup>), hemoglobina 11,4 g/dL (valor de referência 13 a 17,5 g/dL).

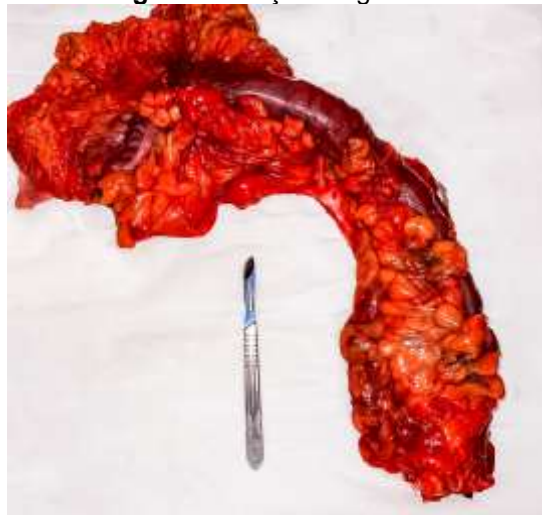
Foi realizada uma investigação para o estadiamento do tumor de cólon do paciente por meio de Tomografia Computadorizada (TC) de abdome total com contraste e de tórax. Os resultados dessas imagens não revelaram evidências de invasão extrínseca do tumor primário ou presença de metástases. Esses achados permitiram descartar a hipótese de uma lesão neoplásica avançada.

Consequentemente, foi recomendada a cirurgia para remoção da tumoração. Inicialmente, a lesão foi identificada por meio de colonoscopia a aproximadamente 70 cm da borda anal, sugerindo sua localização no cólon sigmóide ou possivelmente no cólon direito. Logo, a abordagem cirúrgica planejada incluía laparotomia, com a possibilidade de realização de uma retossigmoidectomia, se a lesão fosse confirmada no cólon sigmóide, ou uma colectomia direita se a lesão fosse no cólon direito. A estratégia também contemplava a realização de anastomose primária, com o objetivo de evitar uma segunda intervenção cirúrgica e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Durante o procedimento cirúrgico, a inspeção e a palpação das alças intestinais confirmaram que a tumoração estava realmente localizada no cólon descendente, conforme indicado pela colonoscopia. No entanto, foi identificada também uma massa no cólon transverso distal. Assim, o paciente foi diagnosticado com tumores sincrônicos, afetando simultaneamente o cólon descendente e o cólon transverso.

Diante desses achados, optou-se pela realização de uma colectomia esquerda ampliada, com remoção do cólon descendente e do cólon transverso distal, respeitando as margens cirúrgicas oncológicas (**Figura 1**). A decisão foi tomada para garantir a ressecção completa das lesões e adequada margem de segurança. Além disso, observou-se distensão das alças intestinais, possivelmente indicativa de suboclusão intestinal. Em resposta, foi realizada a confecção de uma ostomia terminal do cólon transverso para permitir a decompressão intestinal e reduzir o risco de deiscência de anastomose.

**Figura 1 - Peça cirúrgica.**



**Fonte:** Silva ER e Leli LF, 2025.

No pós-operatório, paciente evoluiu com boa recuperação cirúrgica, não apresentando nenhuma intercorrência. Por conseguinte, recebeu alta hospitalar após três dias da intervenção. Posteriormente, resultado de exame anatomopatológico confirmou a origem neoplásica das tumorações, sendo ambas adenocarcinoma de padrão tubular moderadamente diferenciado, uma infiltrava até tecido adiposo pericólico, a outra até camada muscular própria, com margens cirúrgicas livres e quarenta e cinco linfonodos livres de neoplasia. À vista disso, tendo estadiamento pT3, pN0, M0. Atualmente, o paciente segue aos cuidados da equipe de oncologia clínica.



## DISCUSSÃO

Foi descrito o quadro clínico de um paciente diagnosticado com câncer colônico que seguiu padrões epidemiológicos amplamente documentados e que se ajustam à curva de normalidade estabelecida para essa condição. Em uma análise retrospectiva abrangente envolvendo mais de 1.500 hospitais nos Estados Unidos ao longo de 15 anos, publicada em 2024, foi evidenciado que a média de idade para o diagnóstico de câncer colorretal é de  $68,0 \pm 13,5$  anos. O paciente descrito neste relato tem 70 anos, o que se alinha com essa média etária. Além disso, a prevalência do câncer colorretal é mais alta entre indivíduos de etnia caucasiana, representando 83% dos casos, correspondendo à etnia do paciente em questão (HORESH N, et al., 2024).

O histórico clínico do paciente também seguiu o curso típico da doença. Inicialmente, o paciente estava assintomático, uma característica comum nas fases iniciais do câncer colorretal. Com a progressão da doença, começaram a surgir sintomas inespecíficos, como adinamia, perda ponderal e anemia. Esses sintomas são frequentemente observados em muitos pacientes com câncer colorretal, refletindo a natureza insidiosa e gradual do avanço da doença. À medida que a doença progrediu, surgiram sintomas mais específicos relacionados ao trato gastrointestinal, incluindo alterações no padrão evacuativo, com episódios alternados de constipação e diarreia (MACRAE FA, et al., 2023).

No entanto, o paciente não desenvolveu um dos últimos sintomas frequentemente associados ao câncer colorretal, que é a obstrução colônica manifesta como abdome agudo obstrutivo. Essa condição normalmente indica um bloqueio significativo no cólon e frequentemente leva a uma emergência cirúrgica. O fato de o paciente ter sido diagnosticado e tratado antes do surgimento da obstrução colônica é um ponto positivo, evidenciando a importância do diagnóstico precoce (MACRAE FA, et al., 2023).

O diagnóstico precoce é crucial para um prognóstico favorável no câncer colorretal. A alta incidência da doença após a quinta década de vida e sua natureza assintomática nas fases iniciais destacam a importância do rastreamento clínico regular. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica e do *National Comprehensive Cancer Network*, a recomendação é que a colonoscopia seja realizada a partir dos 45 anos de idade em pacientes sem fatores de risco adicionais. Para aqueles com histórico familiar de câncer colorretal, o rastreamento deve começar aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente de primeiro grau mais jovem que teve a doença. No caso do paciente descrito, essas diretrizes não foram seguidas, uma vez que ele não realizou os exames de rastreamento na idade recomendada e procurou atendimento médico apenas após o início dos sintomas (SBCP, 2022; GANNON CJ, et al., 2002).

Sendo assim, a investigação iniciou de maneira tardia, logo encontrou por meio de colonoscopia lesão tumoral a 70 cm da borda anal com dimensões grandes e que não permitiu a progressão do colonoscópio a montante, mas permitiu a coleta de biópsia que confirmou uma neoplasia. Apesar disso, este exame foi incompleto, uma vez que sua totalidade é considerada quando consegue visualizar o ceco. Entre 1984 e 2002, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foram analisadas essas situações e constatou que não são infrequentes, logo que em revisão retrospectiva de 2.567 exames, aproximadamente 7% foram denominadas colonoscopias incompletas, por dificuldade técnica (NAHAS SC, et al., 2005; REILLY JC, et al., 1982).

Nessas ocasiões, nas quais não é possível o estudo de todo cólon, pode-se fazer uso da colonografia por tomografia computadorizada. Tal exame permite avaliar de maneira integral o cólon e consiste na insuflação do trato gastrointestinal com gás dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) após preparo intestinal e em seguida obtenção de imagens tomográficas do abdome com protocolo de baixa quantidade de radiação ionizante. Nas situações as quais foram possíveis condições técnicas ideais, esse método é capaz de avaliar com exatidão próxima a 100% todo o intestino grosso, inclusive já estadiar os possíveis tumores quanto ao seu grau de invasão tecidual. Entretanto, são poucas as instituições que possuem essa tecnologia, inclusive não há no hospital em que foi feito o tratamento do caso descrito. Por conseguinte, foi necessário prosseguir com a investigação intraoperatória (LEKSOWSKI K, et al., 2011; MACIEL AC e MACIEL LC, 2014).

Contudo, antes de ser indicado o procedimento cirúrgico terapêutico, faz-se necessária a investigação do estadiamento clínico por meio de exame físico detalhado, aliado a exames de imagem como tomografia de

abdome total e tomografia de tórax. Com a finalidade de, procurar por lesões avançadas em órgãos adjacentes ou a distância. Desse modo, podendo alterar a proposta terapêutica inicial. Posto isto, foi executada essa análise no paciente descrito e descartada possibilidade de doença neoplásica sistêmica. Conseqüentemente, indicado laparotomia terapêutica para avaliação intra-abdominal do segmento de intestino grosso que não pode ser avaliado por exame complementar prévio. Assim como, para exérese da tumoração (GONÇALVES LI, et al., 2018).

No intra-operatório, teve-se uma surpresa diagnóstica. Visto que, apesar de não ter sido possível a realização de colonoscopia completa previamente, esperava-se encontrar apenas uma lesão provavelmente em sítio de cólon esquerdo. Não obstante, durante o inventário abdominal, foi localizada mais uma tumoração em cólon transverso, próximo ao ângulo esplênico. Quando existem dois achados neoplásicos concomitantes dessa maneira, são nomeadas lesões sincrônicas, na medida que não podem ser considerados metástases, invasão, ou recorrência do primeiro (JUNIOR OFR, et al., 2016; TATE JJT, et al., 2005).

Diante dessa descoberta, a equipe optou por realizar uma hemicolectomia esquerda estendida, visando a remoção de ambas as lesões tumorais e de linfonodos que poderiam estar comprometidos. A hemicolectomia esquerda é uma técnica cirúrgica empregada para o tratamento curativo de tumores primários do cólon que não estão avançados. O objetivo é garantir a ressecção completa das lesões, respeitando as margens cirúrgicas oncológicas para prevenir a recidiva local (OVERMAN MJ, 2024; SANTOS JA, et al., 2024).

Após a ressecção, foi avaliada a possibilidade de reconstrução primária, ou seja, a realização de uma anastomose entre o cólon transverso e o segmento remanescente do reto. No entanto, durante o procedimento, observou-se uma dilatação significativa do cólon transverso, sugestiva de suboclusão intestinal. Dado o risco elevado de deiscência, associado a essa condição, a anastomose primária foi considerada de alto risco. Em vez disso, decidiu-se pela confecção de uma colostomia terminal do cólon transverso na parede abdominal anterior.

É descrito em literatura médica algumas dessas situações nas quais pode ser optada pela não realização de anastomose primária, pelo maior risco de deiscência, uma delas é a condição de obstrução colônica, por conta da dilatação da alça a montante, como demonstrada no intraoperatório do caso analisado. Ademais, existem outras circunstâncias que são favoráveis a não reconstrução primária: peritonite difusa, instabilidade clínica e cirurgia paliativa (BEDNARSKI BK, 2024).

Diante do que foi exposto, é evidente que existe um padrão epidemiológico na apresentação dos tumores de cólon. Entretanto, há casos mais raros que envolvem a presença de tumores sincrônicos, que podem não ser diagnosticados no rastreamento colônico inicial, especialmente se a colonoscopia for incompleta. Nesses casos, a investigação adicional se torna crucial. Se disponível, a colonografia por tomografia computadorizada é uma ferramenta útil para identificar lesões que podem ter sido perdidas na colonoscopia. Quando esse recurso não está acessível, é necessário realizar uma investigação durante o procedimento cirúrgico e considerar a realização de uma nova colonoscopia no pós-operatório tardio. Essas abordagens garantem uma detecção mais abrangente de possíveis tumores sincrônicos, melhorando a precisão do diagnóstico e a eficácia do tratamento.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à instituição pelo apoio indispensável e pelos recursos fornecidos, que foram essenciais para a realização deste artigo.

## REFERÊNCIAS

1. BEDNARSKI BK. Surgical resection of primary colon cancer. UpToDate, 2024.
2. GANNON CJ, et al. Advanced proximal colon cancer: Paucity of distal lesions validates screening colonoscopy. *Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques*, 2002; 16(3):446–9.

3. GONÇALVES LI, et al. Rastreamento, diagnóstico e estadiamento do adenocarcinoma de cólon. BVS, 2018.
4. HORESH N, et al. Trends in management and outcomes of colon cancer in the United States over 15 years: Analysis of the National Cancer Database. *International Journal of Cancer*, 2024.
5. INCA. Câncer de cólon e reto, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios/cancer-de-colon-e-reto>. Acesso em: 1º de jul. 2024.
6. JÚNIOR JCMS. Tratamento cirúrgico do câncer obstrutivo do intestino grosso. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 2002; 22(1):43–54.
7. JUNIOR OFR, et al. Tumor sincrônico de colon e íleo. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 2016; 18(Supl.):65.
8. LAM AKY, et al. Synchronous colorectal cancer: Clinical, pathological and molecular implications. *World J Gastroenterol*, 2014; 20(22):6815–20.
9. LEKSOWSKI K, et al. Computed tomographic colonography in preoperative evaluation of colorectal tumors: A prospective study. *Surgical Endoscopy*, 2011; 25:2344–9.
10. MACIEL AC, MACIEL LC. Colonografia por tomografia computadorizada: Um método de rastreamento conhecido, porém pouco utilizado. *Radiologia Brasileira*, 2014; 47:213–20.
11. MACRAE FA, et al. Apresentação clínica, diagnóstico e estadiamento do câncer colorretal. UpToDate, 2023.
12. MOORE KL, et al. Moore anatomia orientada para a clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
13. NAHAS SC, et al. Colonoscopia como método diagnóstico e terapêutico das moléstias do intestino grosso: Análise de 2.567 exames. *Arquivos de Gastroenterologia*, 2005; 42(2):77–82.
14. OVERMAN MJ. Overview of the management of primary colon cancer. UpToDate, 2024.
15. REILLY JC, et al. Colonoscopy: Its role in cancer of the colon and rectum. *Revista Diseases of the Colon & Rectum*, 1982; 25:532–8.
16. SABISTON DC, et al. Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.
17. SANTOS JA, et al. Câncer colorretal - uma revisão abrangente sobre a epidemiologia, fatores de risco, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. *Brazilian Journal of Health Review*, 2024; 7(2):e68695.
18. SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA (SBCP). Rastreamento com colonoscopia possibilita diagnosticar lesões antes que possam evoluir para câncer de intestino. 2022.
19. SHEAD DA, et al. Rastreio de câncer colorretal. National Comprehensive Cancer Network, 2021.
20. TATE JJT, et al. Pre-operative or postoperative colonic examination for synchronous lesions in colorectal cancer. *British Journal of Surgery*, 2005; 75(10):1016–8.