

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ADENOCARCINOMA DE
CÓLON E RETOPORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS
Nº 25, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2025

INTRODUÇÃO

O **Adenocarcinoma de Cólon e Reto**, também conhecido como câncer de cólon e reto, abrange os tumores malignos do intestino grosso. Homens e mulheres são igualmente afetados pela doença. 75% dos casos de câncer de cólon e reto origina-se a partir de pólipos adenomatosos (com tempo de evolução que pode levar mais de 20 anos); 15% dos casos são oriundos de pólipos serrilhados.

O Brasil demonstra crescimento tanto de incidência (risco estimado de 21,10 casos:100.000 habitantes) quanto de mortalidade do câncer de cólon e reto nos últimos 10 anos.

A maioria dos casos é esporádica. Contudo, alguns grupos possuem maior risco: indivíduos com predisposição hereditária para câncer de cólon e reto, incluindo síndromes de câncer familiar, como polipose adenomatosa familiar e síndrome de Lynch; portadores de doenças inflamatórias do intestino (doença de Crohn ou retocolite ulcerativa) e indivíduos com pólipos intestinais adenomatosos ou serrilhados avançados.

Outros fatores de risco importantes são: obesidade, sobrepeso e sedentarismo; consumo de bebidas alcoólicas com mais de 30 gramas de etanol ingeridos por dia; tabagismo; dieta com o consumo excessivo de carnes vermelhas e carnes processadas, além de baixa ingestão de frutas, legumes e verduras.

Para reduzir a incidência do adenocarcinoma de cólon e reto é fundamental promover a conscientização da população sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis, por meio de ações de saúde e políticas intersetoriais.

DIAGNÓSTICO

RASTREAMENTO: realização de exames de rotina em indivíduos clinicamente assintomáticos, com detecção de sangue oculto nas fezes.

DIAGNÓSTICO PRECOCE: os sinais e sintomas suspeitos são inespecíficos e incluem mudanças de hábito intestinal, perda inexplicável de peso, anemia por deficiência de ferro, fezes escuras ou com sangue visível, massa abdominal e dor abdominal persistente. O **diagnóstico é confirmado** por meio do estudo anatomopatológico de amostra do tumor primário ou de lesão metastática relacionada.

ESTADIAMENTO: tomografia computadorizada (TC) de tórax, abdome e pelve ou ressonância magnética de abdome superior (em pacientes que não podem realizar infusão de contraste iodado ou com TC com contraste com achados duvidosos). A Tomografia por Emissão de Pósitrons associada à Tomografia Computadorizada (PET-TC) para estadiamento ou seguimento não é recomendada de rotina; pode ser empregada em casos selecionados, quando há metástase exclusivamente hepática e potencialmente ressecável de câncer colorretal. Com o **diagnóstico confirmado**, realizar exames laboratoriais: hemograma completo, função bioquímica, função renal, enzimas hepáticas e canaliculares, bilirrubinas totais e frações e antígeno carcinoembrionário (CEA).

CEA > 5 mcg/L no pré-operatório está associado a pior prognóstico, exceto nos casos em que, após a cirurgia, ocorre normalização dos valores. O CEA pode ser utilizado para monitorização da eficácia da quimioterapia nos casos de doença metastática.

O estadiamento mais utilizado é o da **União Internacional Contra o Câncer (UICC)**, a **Classificação TNM (T: tamanho e extensão do tumor primário; N: acometimento linfonodal; M: metástase a distância)**.

Consultar **item 3** do PCDT Adenocarcinoma de Cólon e Reto PT nº 25, de 17/11/2025 (PCDT Adenocarcinoma de Cólon e Reto)

TRATAMENTO

A cirurgia é o pilar central do tratamento. O **tratamento não medicamentoso** inclui a abordagem cirúrgica, a radioterapia e os métodos ablativos térmicos. Já os **tratamentos medicamentosos** compreendem a quimioterapia (QT) neoadjuvante ou prévia, a QT adjuvante e a QT paliativa.

CID 10

- C18 Neoplasia maligna do cólon
- C18.0 Neoplasia maligna do ceco - válvula ileocecal
- C18.1 Neoplasia maligna do apêndice (vermiforme)
- C18.2 Neoplasia maligna do cólon ascendente
- C18.3 Neoplasia maligna da flexura (ângulo) hepática(o)
- C18.4 Neoplasia maligna do cólon transverso
- C18.5 Neoplasia maligna da flexura (ângulo) esplênica(o)
- C18.6 Neoplasia maligna do cólon descendente
- C18.7 Neoplasia maligna do cólon sigmoide – exclui junção retossigmoide
- C18.8 Neoplasia maligna do cólon com lesão invasiva
- C18.9 Neoplasia maligna do cólon, não especificado
- C19 Neoplasia maligna da junção retossigmoide
- C20 Neoplasia maligna do reto

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes com qualquer idade e suspeita ou diagnóstico de adenocarcinoma de cólon e reto, que compreende neoplasia maligna do cólon ascendente, descendente, transverso e sigmoide, além de neoplasia maligna do ceco, do apêndice, das flexuras hepática e esplênica, da junção retossigmoide e do reto.

Nota: Não serão incluídos pacientes com carcinoma epidermoide do reto, GIST, tumor neuroendócrino, linfomas, sarcomas e outras histologias raras e o carcinoma de canal anal.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento ou procedimento preconizado neste Protocolo deverão ser excluídos do uso do respectivo medicamento ou procedimento preconizado.

TRATAMENTO (continuação)**ADENOCARCINOMA DE CÓLON** (Ver Figura I, II, III e IV nas páginas 4 e 5):

Cirurgia: garantir margens satisfatórias (± 5 cm); técnicas minimamente invasivas podem ser empregadas

- Estádios 0 ou I, ressecados por via endoscópica com anatomopatológico (AP) com todos os critérios favoráveis (invasão de até 1.000 micra da submucosa; ausência de invasão angiolinfática; histologia bem diferenciada; ausência de tumor budding; margens livres) são considerados curados.
- Tumores com invasão de órgãos adjacentes (T4b) requerem ressecção em bloco da estrutura acometida por contiguidade a fim de garantir margens livres de ressecção.
- A presença de doença metastática não é uma contraindicação para realização de cirurgia radical com intenção curativa. A indicação de cirurgia nesse cenário dependerá da extensão e do sítio da metástase, além da ressecabilidade da doença metastática.
- Na presença de doença metastática irressecável, a ressecção do tumor primário de forma paliativa pode ser indicada para controle de sintomas (sangramento, obstrução ou perfuração).
- Paciente com doença peritoneal pode se beneficiar com a citorredução cirúrgica em casos com índice de carcinomatose baixo (ICP <10) ou possibilidade de ressecções RO.
- Hipertermia Intraperitoneal Pós-Citorredutora (HIPEC) não é preconizada.

A **Radioterapia** não é recomendada

ADENOCARCINOMA DE RETO (Ver Figuras V, VI, VII e VIII nas páginas 6 e 7):

Cirurgia: a mensuração exata da distância entre a extremidade inferior do tumor e a margem anal é crucial, especialmente em tumores do reto inferior, pois impacta diretamente na decisão de realizar a amputação retal e a colostomia definitiva. A técnica cirúrgica preconizada no adenocarcinoma de reto extraperitoneal é a excisão total do mesorreto (TME); para os tumores de reto intraperitoneais recomenda-se a excisão mesorretal parcial.

Radioterapia

- Estágio inicial (T1-T2, N0, M0) e tumores de reto alto: a radioterapia neoadjuvante não é recomendada;
- Estádios T3-T4 e/ou N1-3 localmente avançado, localizado no reto baixo ou médio, independentemente do local e do estágio: o tratamento curativo consiste em radioterapia neoadjuvante, seguida de cirurgia.
- A radioterapia ou quimiorradioterapia neoadjuvante do câncer de reto é preferível à radioterapia adjuvante devido à melhor adesão, menor toxicidade e maior eficácia em termos de controle local.
- Quanto à indicação da radioterapia adjuvante para pacientes com adenocarcinoma de reto no estágio I (pT1, pT2, pN0, pM0), esta deve considerar a extensão da neoplasia e o grau de diferenciação histológica do tumor:
 - Tumor com margem comprometida;
 - Invasão linfovascular;
 - Grau III;
 - Invasão da submucosa até a o 1/3 inferior;

Além disso, a radioterapia adjuvante deve ser considerada em casos com alto risco de recorrência local, estágio II e III, se a radioterapia pré-operatória não tiver sido administrada, também para tumores com margem circunferencial inferior a 1 mm e nos casos em que a avaliação linfonodal foi inadequada ou não realizada (pNx). O mais comumente utilizado para a terapia neoadjuvante é a quimiorradioterapia de “curso longo”.

Observações cuidados nutricionais: O íleo metabólico pós-operatório ocorre em cerca de 30% dos pacientes, para minimizar a sua ocorrência, é importante reduzir o volume de hidratação venosa no intra e pós-operatório.

Métodos ablativos: Os métodos ablativos térmicos utilizam calor ou frio para destruir as células cancerígenas provenientes de metástases de câncer de cólon e reto no fígado. A ablação por radiofrequência e a ablação por micro-ondas envolvem a colocação de um ou mais eletrodos no interior do tumor. Em seguida, aplica-se uma corrente alternada de alta frequência, que provoca necrose de coagulação e leva à destruição do tecido ao redor dos eletrodos. A ablação térmica para o tratamento de metástase hepática irressecável ou ressecável com alto risco cirúrgico do câncer de cólon e reto foi incorporada ao SUS, conforme Portaria SECTICS/MS nº 06/2024.

Tratamento medicamentoso: a quimioterapia pode ser considerada nos seguintes pacientes:

- QT neoadjuvante: realizada antes do procedimento cirúrgico em pacientes com adenocarcinoma de reto no estágio II ou III, associada ou não à radioterapia; não é preconizada no adenocarcinoma de cólon.
- QT adjuvante: realizada após procedimento cirúrgico em pacientes com adenocarcinoma de cólon ou reto (com adenocarcinoma no estágio III e, excepcionalmente, no estágio II quando com fatores de mau prognóstico: tumor T4; obstrução intestinal e/ou perfuração intestinal ao diagnóstico; margem cirúrgica inadequada ou indeterminada; peça cirúrgica com <12 linfonodos ressecados; histologia pouco diferenciada; invasão de vasos sanguíneos ou linfáticos; invasão perineural).
- QT paliativa: em pacientes com câncer cólon ou reto recidivado inoperável ou com doença no estágio IV ao diagnóstico, desde que apresente capacidade funcional ECOG 0, 1 ou 2 e expectativa de vida >6 meses. Também contempla a QT de conversão, nos casos de metástases hepáticas potencialmente ressecáveis.

Quadro I- Esquemas de tratamento

Terapias	Esquemas de Tratamento	
QT neoadjuvante	<ul style="list-style-type: none"> Fluorouracil Fluorouracil, ácido folínico, oxaliplatina e irinotecano 	<ul style="list-style-type: none"> Capecitabina; Fluorouracil e ácido folínico;
QT adjuvante	–	<ul style="list-style-type: none"> Capecitabina e oxaliplatina; Oxaliplatina, ácido folínico e fluorouracil;
QT paliativa	<ul style="list-style-type: none"> Fluorouracil, ácido folínico e irinotecano; Irinotecano e oxaliplatina; Fluorouracil, ácido folínico, oxaliplatina e irinotecano; Irinotecano 	

Consultar **item 6** do PCDT Adenocarcinoma de Cólon e Reto

MONITORIZAÇÃO

Pacientes em tratamento antineoplásico devem ser monitorados para possíveis toxicidades em cada ciclo, assim como para funções renal e hepática. A conduta a ser tomada de acordo com a toxicidade observada (Quadro II).

Quadro II - Avaliação da toxicidade conforme terapia utilizada.

Tratamento	Conduta
Oxaliplatina	Caso sejam encontradas alterações no exame neurológico, a dose de oxaliplatina deve ser reduzida em 15 a 20% e, na persistência dos sintomas durante o ciclo seguinte, o tratamento com o medicamento deve ser interrompido.
Irinotecano	Para reação adversa ao medicamento (RAM) grau 1, deve-se manter a dose utilizada. Para RAM grau 2, deve-se reduzir a dose em 25 mg/m ² e manter a dose inicial após recuperação adequada. Para RAM grau 3, deve-se omitir a dose até atingir o grau 2 ou menor e, então, reduzir a dose em 25 mg/m ² quando ciclo semanal, e em 50 mg/m ² quando o ciclo for de 2 ou 3 semanas. Para RAM grau 4, deve-se omitir a dose até atingir grau 2 ou menor e então reduzir a dose em 50 mg/m ² . Um novo ciclo de tratamento não deve ser iniciado, até que o número de granulócitos aumente para 1.500 células/mm ³ ou mais; o número de plaquetas tenha aumentado para 100.000 plaquetas/mm ³ ou mais e a diarreia relacionada ao tratamento tenha se resolvido completamente. O tratamento deve ser adiado por 1 a 2 semanas, para permitir a recuperação dos efeitos tóxicos relacionados ao tratamento. Se o paciente não tiver se recuperado após um adiamento de 2 semanas, deve-se considerar a interrupção do tratamento.
Capecitabina	Não se recomenda mudança da dose caso surjam RAM grau 1. Caso ocorram RAM grau 2 ou 3, deve-se interromper o tratamento. Se o paciente deixar de apresentar RAM grau 2 ou se a intensidade da RAM for reduzida para grau 1, a terapia pode ser reiniciada, com dose total. Caso ocorra nova RAM, reduzir a dose em 25%; se ocorrer 3ª RAM, a dose deve ser reduzida em 50%. Se ocorrer 4ª RAM, a terapia deve ser interrompida definitivamente. Em RAM grau 3, a terapia pode ser reiniciada com dose ajustada em 75% caso seja 1ª ocorrência; em uma segunda ocorrência, ajustar a dose em 50%. Uma 3ª ocorrência de RAM justifica a interrupção definitiva do uso. Para as RAM grau 4, a terapia deve ser interrompida até que a RAM tenha sido solucionada ou diminuída para grau 1, quando a terapia deve ser reiniciada com 50% da dose original. Após 2ª ocorrência da RAM, a terapia deve ser interrompida definitivamente.
Fluorouracila	Quando ocorrerem sintomas de toxicidade resultantes da terapia inicial, a dose de manutenção deverá ser de 10 a 15 mg/kg/semana, não devendo exceder 1 g/semana.

MONITORIZAÇÃO (continuação)

Além disso, pacientes que fazem uso de oxaliplatina devem ser questionados ativamente sobre grau e persistência de neuropatia e submetidos a um exame neurológico sucinto, avaliando sensibilidade e propriocepção de mãos e pés, além de motricidade motora fina (abotoar camisa, amarrar cadarços, por exemplo).

Pacientes em uso de irinotecano devem ser questionados quanto à ocorrência de diarreia, principalmente após 1 semana da infusão. Recomenda-se uso de loperamida (4 a 24 mg/dia) caso a diarreia ocorra e, caso ela persista apesar do uso adequado do medicamento sintomático, deve-se reduzir a dose de irinotecano.

Ainda, pacientes em uso da capecitabina podem apresentar síndrome mão pé e, nesse caso, deve-se interromper temporariamente o tratamento, além do uso de corticosteroides tópicos e emolientes até melhora. Após a melhora, deve-se reintroduzir o medicamento antineoplásico com redução de dose.

Os pacientes em uso de tratamento adjuvante devem realizar exames de reestadiamento e monitorização tumoral, como CEA, a cada 3 meses, exceto em casos em que haja suspeita clínica para progressão de doença. Os pacientes em vigência de quimioterapia para doença metastática devem ser monitorados quanto à resposta e à eficácia da terapia antineoplásica a cada dois a três meses, com exames de imagem.

Amostra de sangue para dosagem de CEA pode ser coletada mensalmente para monitorização em pacientes que apresentam este marcador elevado antes do início do tratamento. Quando os níveis de CEA permanecem elevados, há correlação com a progressão de doença, o que deve ser confirmado por exames de imagem.

Para avaliação de resposta ao tratamento, utiliza-se o critério RECIST 1.1 (Quadro III), comparando com os exames de imagem anteriores.

Quadro III - Critério RECIST 1.1 para avaliação de resposta.

Critério RECIST	Interpretação
Resposta total	Denota desaparecimento das lesões
Resposta parcial	Redução de mais de 30% da soma dos diâmetros das lesões mensuráveis em relação ao menor diâmetro nesta linha de tratamento
Doença estável	Redução menor que 30% ou aumento menor do que 20% da soma dos diâmetros das lesões mensuráveis em relação ao menor diâmetro nesta linha de tratamento
Progressão da doença	Aumento de mais de 30% ou aparecimento de novas lesões em relação ao menor diâmetro nesta linha de tratamento

ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRÚRGICO

Os pacientes que receberam tratamento cirúrgico curativo, seguido ou não de QT adjuvante, devem fazer o acompanhamento pós-cirúrgico com exames clínicos, dosagem de CEA e exames de imagem (TC de abdome superior e tórax e colonoscopia) periodicamente, conforme o estágio da sua doença, como apresentado no Quadro IV.

Quadro IV - Acompanhamento pós-cirúrgico.

Acompanhamento	Elegibilidade	Tempo
Colonoscopia	Todos os pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon e reto.	Um ano após o tratamento cirúrgico e repetir o exame, conforme os achados da colonoscopia.
Retossigmoidoscopia	Pacientes com adenocarcinoma retal submetidos à ressecção endoscópica ou transanal e que não tenham realizado radioterapia.	Cada três a seis meses, associada à ressonância nuclear magnética de reto, por dois anos após excisão e, após este período, a cada seis meses até o quinto ano.
Anamnese e exame clínico	Todos os pacientes com adenocarcinoma de cólon e reto, exceto adenocarcinoma cólon estágio I.	Cada três meses durante dois anos e, entre o 3º e 5º ano, acompanhamento semestral.
CEA	Pacientes com adenocarcinoma de cólon e reto estádios II a III	Cada visita clínica durante cinco anos. Se o nível de CEA estiver elevado, coleta nova amostra em um mês.
Exames de imagem (TC de tórax, abdome e pelve)	Pacientes com CEA elevado	Realizar após persistência de CEA elevado, para confirmar recidiva.
	Pacientes com adenocarcinoma de cólon e reto estádios II e III	A cada 6 a 12 meses por três anos e, após esse período, anualmente até completar cinco anos da cirurgia

O seguimento intensivo tem possível benefício frente ao não intensivo, possivelmente devido à maior detecção de doença ressecável.

COLONOSCOPIA / RETOSSIGMOIDOSCOPIA

Pacientes com antecedente de adenocarcinoma de cólon e reto apresentam um risco para doença metacrônica ou recidiva local quando submetidos à ressecção endoscópica. Portanto, todos os pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon e reto devem fazer a colonoscopia em um ano após o tratamento cirúrgico e repetir o exame, conforme os achados da colonoscopia. Caso a colonoscopia indicar a presença de pólipos adenomatosos de alto grau, deve-se repeti-la em um ano. Caso o resultado da colonoscopia indique a ausência de pólipos ou pólipos de baixo grau, deve-se repeti-la em três a cinco anos. Ainda, pacientes com adenocarcinoma retal submetidos à ressecção endoscópica ou transanal e que não tenham realizado radioterapia devem fazer retossigmoidoscopia a cada três a seis meses, associada à ressonância nuclear magnética de reto, por dois anos após excisão e, após este período, a cada seis meses até o quinto ano.

ANAMNESE E EXAME CLÍNICO

Pacientes com adenocarcinoma de cólon estágio I devem seguir as recomendações de realização de colonoscopia descritas no item Colonoscopia / Retossigmoidoscopia. Todos os demais pacientes devem ser acompanhados periodicamente com exames clínicos a cada três meses durante dois anos e, entre o terceiro e quinto ano, acompanhamento semestral. As consultas de acompanhamento devem abordar possíveis sinais e sintomas relacionados à recidiva da doença, verificar exames relacionados, além de reforçar as orientações de hábito de vida saudável e monitorar possíveis eventos adversos persistentes pós-tratamento, como neuropatia pós-oxaliplatina ou alterações de evacuação secundárias à cirurgia/radioterapia.

ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)

Pacientes com tumores estágio II e III devem realizar dosagem sérica do CEA a cada visita clínica durante cinco anos. Se o nível de CEA estiver elevado, devido à sua baixa especificidade, recomenda-se a coleta de nova amostra em um mês. Caso a elevação persista, deve-se realizar exames de imagem (tomografia de tórax, abdome e pelve, caso ainda não tenha sido realizado) para avaliação de possível recidiva.

EXAMES DE IMAGEM:

Pacientes com adenocarcinoma de cólon e reto estádios II e III devem realizar exames de imagem (tomografia de tórax, abdome e pelve) a cada 6 a 12 meses por três anos e, após esse período, anualmente até completar cinco anos da cirurgia.



REGULAÇÃO E CONTROLE

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão do PCDT, além da duração, monitorização do tratamento e verificação periódica das doses prescritas e dispensadas.

Os casos de adenocarcinoma de cólon e reto devem ser atendidos em hospitais habilitados em oncologia, com estrutura adequada. Pacientes com adenocarcinoma de cólon ou de junção retossigmoide podem ser tratados em unidades com ou sem radioterapia, enquanto os com adenocarcinoma de reto devem, preferencialmente, ser encaminhados a serviços com radioterapia. Em idosos, recomenda-se a participação de geriatra na equipe multiprofissional.

A regulação do acesso é essencial para organizar a rede assistencial, incluindo atualização do CNES, autorização prévia de procedimentos, monitoramento da produção e avaliação das linhas de quimioterapia (1ª, 2ª e 3ª), cuja ordem decrescente de frequência sugere efetividade terapêutica. A auditoria deve verificar protocolo institucional, regulação do acesso, conformidade da prescrição e administração dos medicamentos, compatibilidade com a escala ECOG, adequação da cobrança e qualidade assistencial.

O Ministério da Saúde não padroniza nem fornece antineoplásicos diretamente aos hospitais ou usuários do SUS, exceto para indicações específicas envolvendo mesilato de imatinibe (GIST, LMC e LLA Ph+), nilotinibe e dasatinibe (LMC), rituximabe (linfomas) e trastuzumabe e pertuzumabe (carcinoma de mama), que são adquiridos e distribuídos aos hospitais habilitados em oncologia no SUS. Cabe a esses hospitais o fornecimento e registro dos medicamentos oncológicos.

Os procedimentos diagnósticos (Grupo 02), radioterápicos e quimioterápicos (Grupo 03, Subgrupo 01) e cirúrgicos (Grupo 04) constam na Tabela do SUS e podem ser consultados no SIGTAP, com atualização mensal. Para fins de controle, considera-se quimioterapia de 2ª linha todo tratamento paliativo realizado após quimioterapia paliativa inicial (1ª linha), independentemente do local onde tenha sido realizado.

Na sequência são apresentados os algoritmos de tratamento do adenocarcinoma de cólon e reto em seus diferentes estádios.

FIGURA I – ALGORITMO DE TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON - ESTÁDIO 0 e I

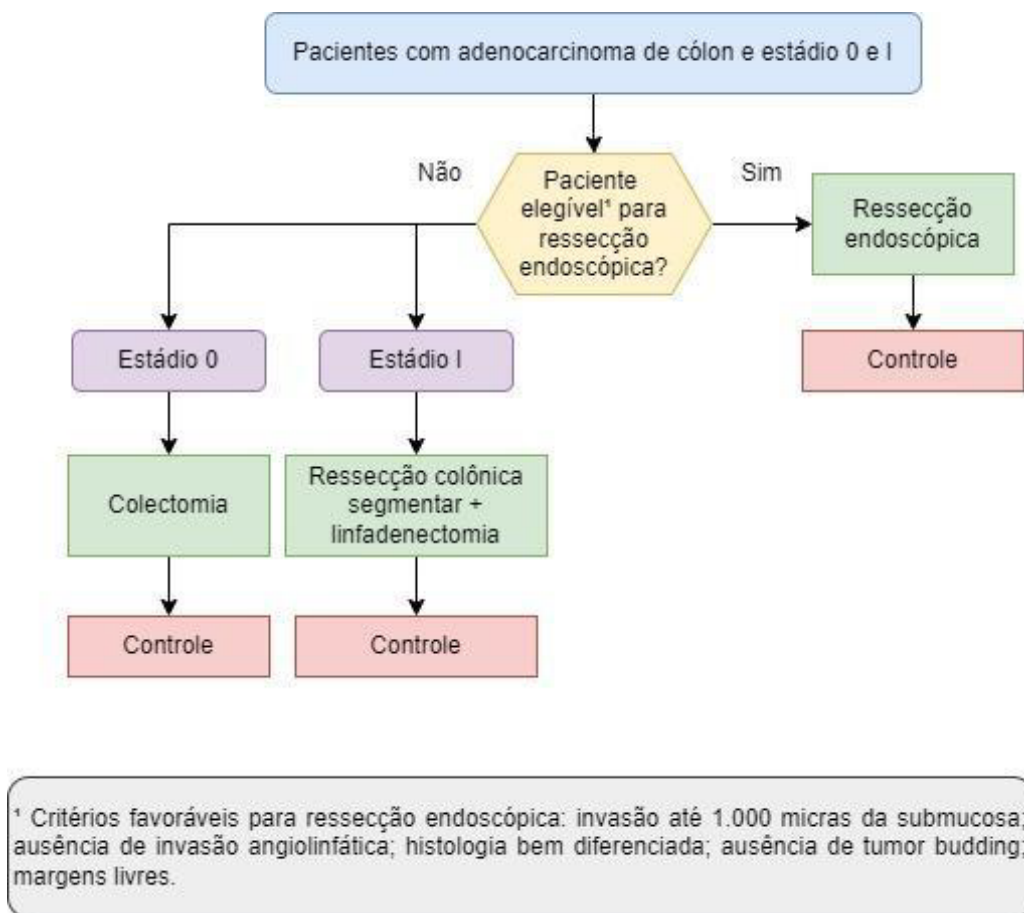


FIGURA II – ALGORITMO DE TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON - ESTÁDIO II

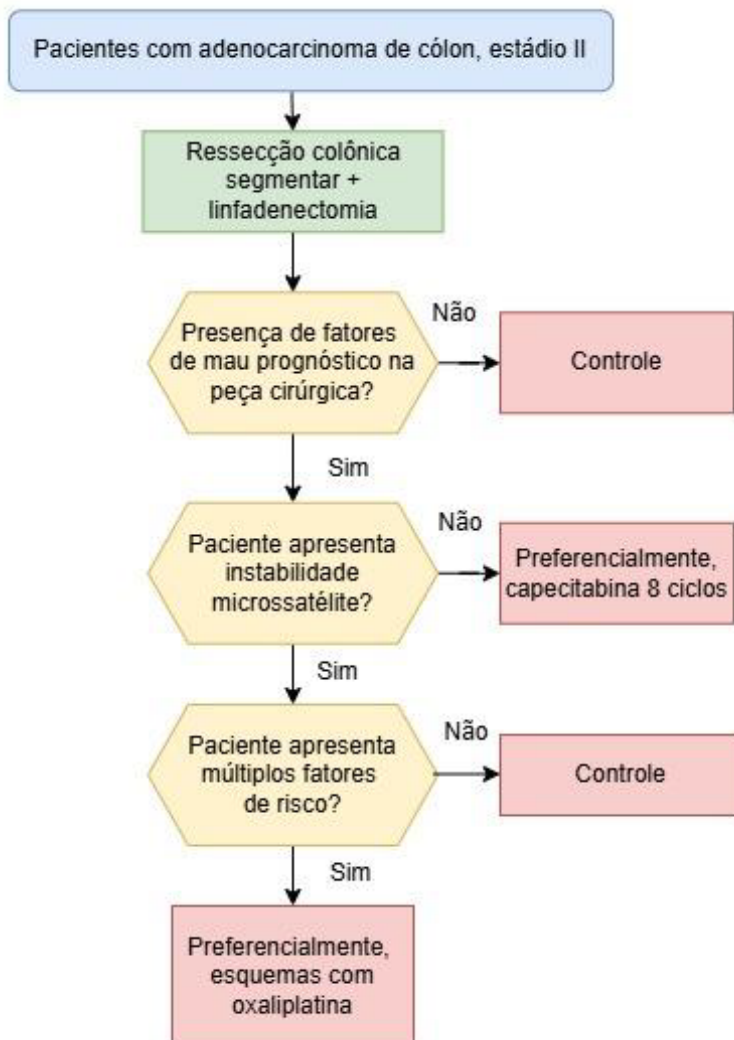


FIGURA III – ALGORITMO DE TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON - ESTÁDIO III

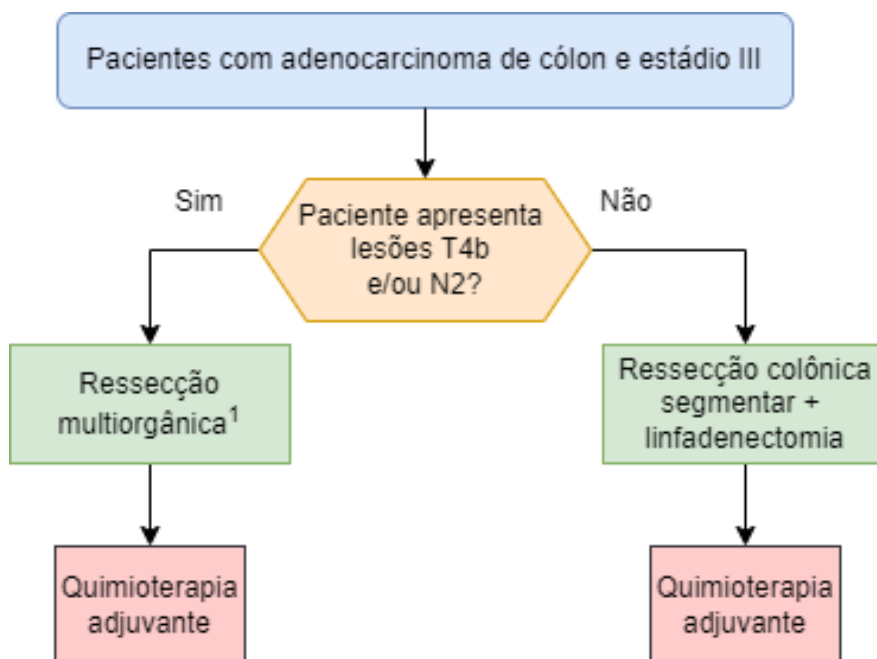


FIGURA IV – ALGORITMO DE TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON - ESTÁDIO IV

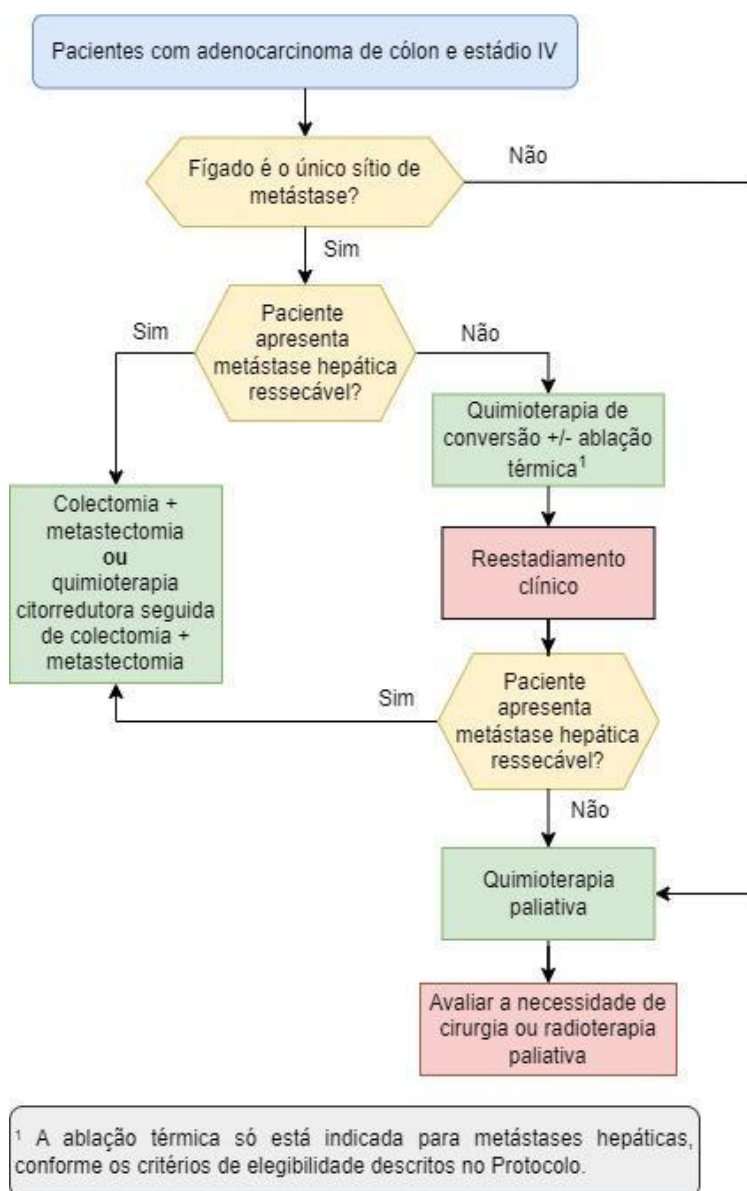


FIGURA V – ALGORITMO DE TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DE RETO - ESTÁDIO 0 ou I

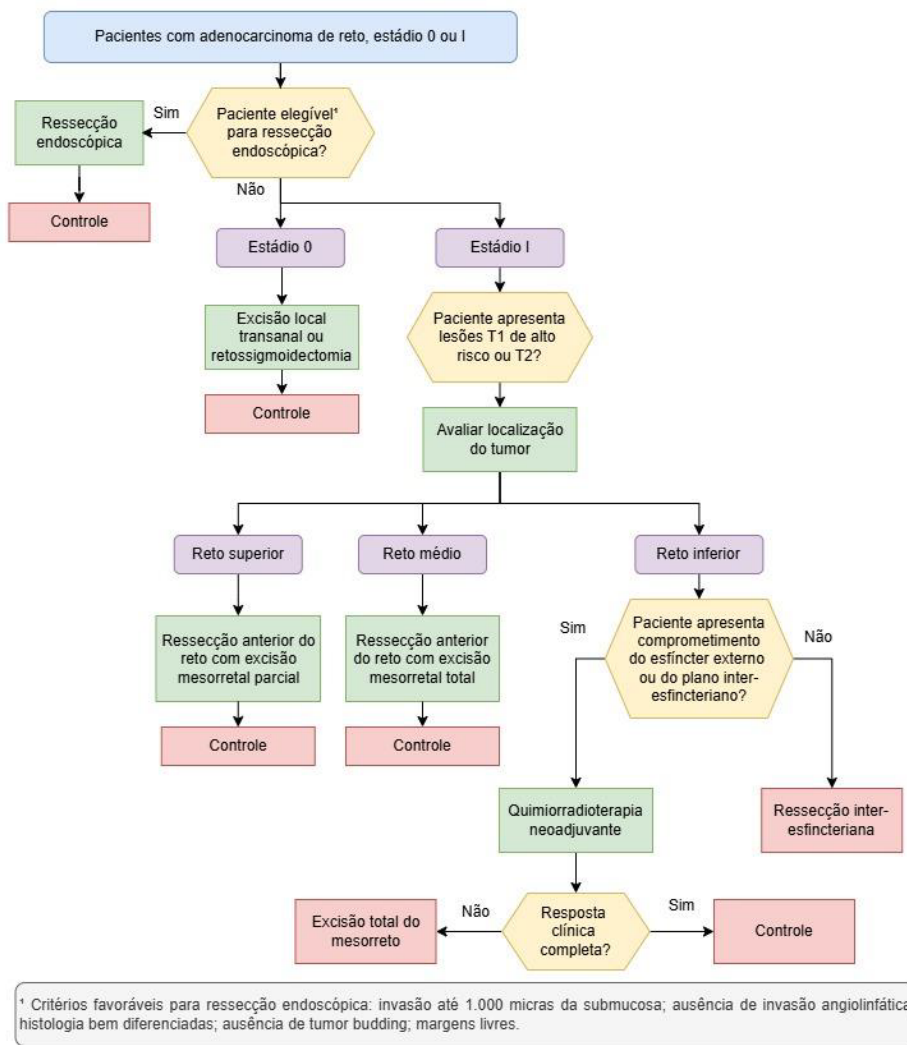
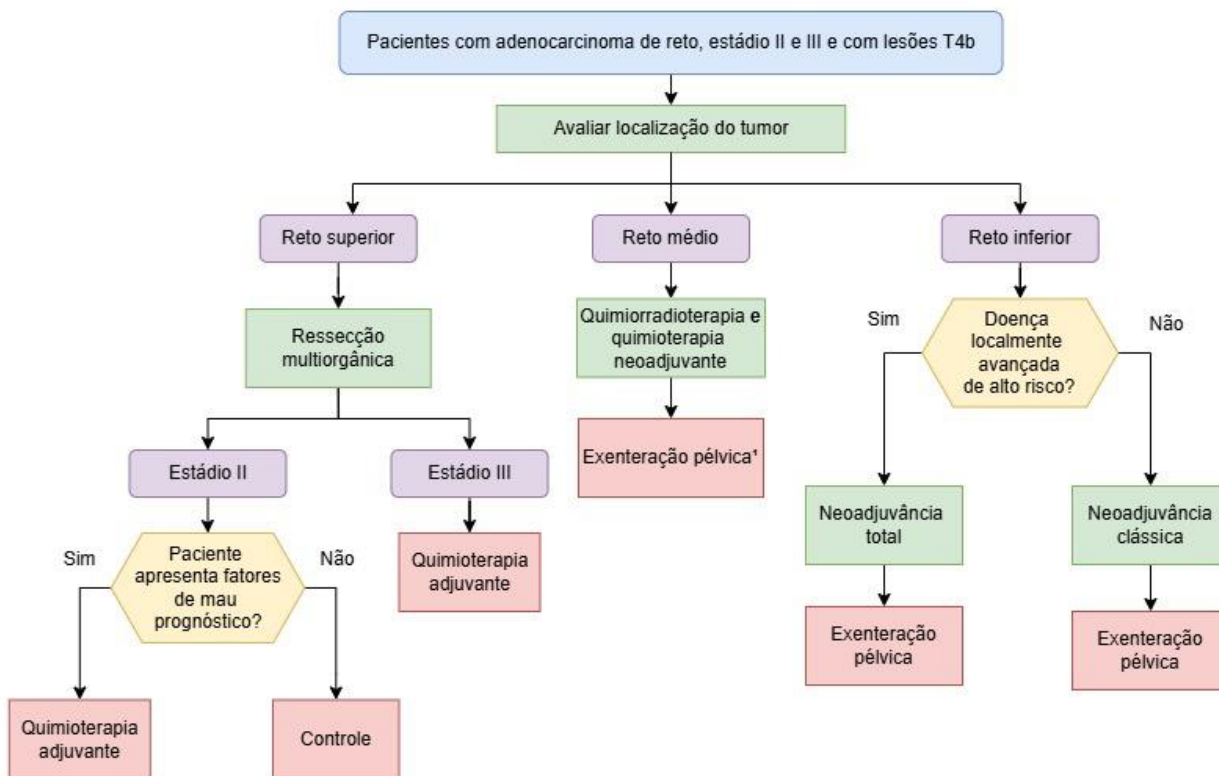


FIGURA VI – ALGORITMO DE TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DE RETO - ESTÁDIO II E III COM LESÕES T4b



* Considerar esquemas de neoadjuvância total nos casos de doença localmente avançada de alto risco (tumores T4, linfonodos suspeitos, invasão venosa extramural, margem radial comprometida).

FIGURA VII – ALGORITMO DE TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DE RETO - ESTÁDIO II E III SEM LESÕES T4b

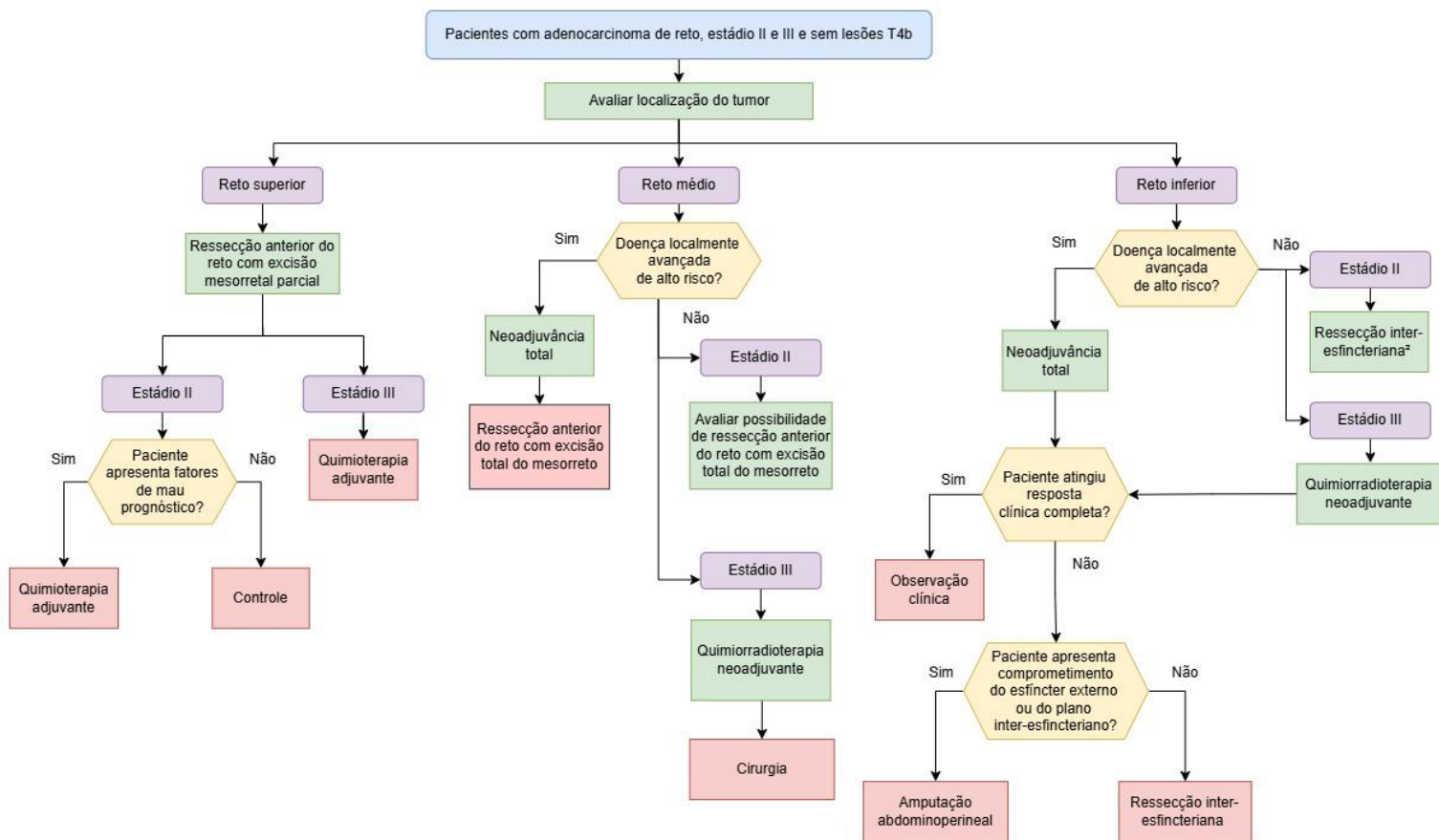
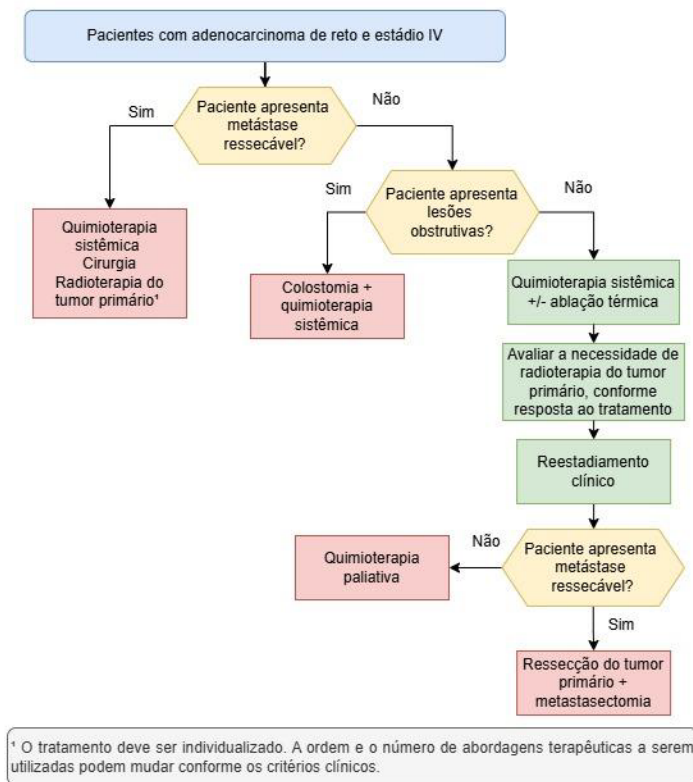


FIGURA VIII – ALGORITMO DE TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DE RETO - ESTÁDIO IV



As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde a Portaria Conjunta SAES/ SCTIE/MS nº 25, de 17 de novembro de 2025 e pode ser acessada em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/adenocarcinoma-de-colon-e-de-reto-pcdt>