

# Oncologia



 **SOCIEDADE  
BRASILEIRA  
DE UROLOGIA**

Seção  
**São Paulo**

Dr. Rodolfo Borges dos Reis  
Dr. Antonio Corrêa Lopes Neto  
Dr. Douglas Otto Verndl  
Dr. Limirio Leal da Fonseca Filho



COLEÇÃO  
SAÚDE DO HOMEM

Iniciativa e Realização:



Seção

São Paulo



# Oncologia

## Diretoria da Sociedade Brasileira de Urologia:

Secção São Paulo – Biênio 2008/2009

**Presidente:** Ubirajara Ferreira

**Vice-Presidente:** Rodolfo Borges dos Reis

**1º Secretário:** Wagner Eduardo Matheus

**2º Secretário:** Rodrigo Sousa Madeira Campos

**1º Tesoureiro:** Archimedes Nardoza Júnior

**2º Tesoureiro:** Fabiano André Simões

### **Delegados:**

Celso Gromatzky

Douglas Otto Verndl

José Carlos Souza Trindade Filho

Limirio Leal da Fonseca Filho

Miguel Zerati Filho

Renato Falci Júnior

### **Suplentes Delegados:**

Antonio Corrêa Lopes Neto

César Nardy Zillo

Sérgio Félix Ximenes

Walter Antonio Melarato Júnior

### **Expediente**

Coordenação do Projeto: Wagner Eduardo Matheus • Ubirajara Ferreira

Coordenação Editorial: Dr. Rodolfo Borges dos Reis

Coautores: Dr. Antonio Corrêa Lopes Neto • Dr. Douglas Otto Verndl

• Dr. Limirio Leal da Fonseca Filho

Projeto Visual Gráfico: Lado a Lado Comunicação & Marketing  
(11) 3888-2222 • [www.ladoalado.com.br](http://www.ladoalado.com.br)

# Editorial

Muitas vezes somos solicitados a orientar pacientes sobre quando e como realizar exames preventivos para a detecção precoce dos diferentes tipos de neoplasias. Esse fato associado ao atendimento de pacientes, de todas faixas etárias, com queixas clínicas inespecíficas que muitas vezes podem estar relacionadas à presença de tumores, nos estimulou a elaborar este fascículo.

Optamos por agrupar os tumores mais frequentes do sexo masculino dividindo-os por faixas etárias e, para tornar a leitura mais dinâmica e didática, baseamos nosso texto em perguntas e respostas, de forma simples e objetiva.

Boa leitura!!

**Dr. Ubirajara Ferreira**  
Presidente da Sociedade Brasileira de Urologia – Seção São Paulo

**Dr. Wagner Eduardo Matheus**  
Coordenador do Projeto Saúde do Homem



# Sumário

<b>I. Faixa etária: de 0 a 25 anos</b> .....	7
• <b>Tipos mais frequentes de câncer</b> .....	7
• Quais os fatores de risco para cada tipo de tumor? .....	7
• No entanto, algumas associações devem ser lembradas.....	7
• Quais os sinais e sintomas mais frequentes? .....	8
• Queixas mais comuns de pais/crianças com neoplasia.....	8
• Quais exames devem ser solicitados para diagnóstico? .....	9
• Está indicada a realização de exames preventivos? Quando e como? .....	10
<b>II. Faixa etária: de 25 a 50 anos</b> .....	11
• <b>Tipos mais frequentes de câncer</b> .....	11
• Câncer de pele não melanoma.....	11
• Tumor de testículo .....	13
• Linfoma não Hodgkin.....	14
• Leucemia mieloide aguda (LMA).....	15
<b>III. Faixa etária: mais de 50 anos</b> .....	16
• <b>Tipos mais frequentes de câncer</b> .....	16
• Câncer de pele não melanoma.....	16
• Neoplasia da próstata.....	16
• Neoplasia de pulmão .....	17
• Neoplasia gástrica .....	18
• Tumor de cólon e reto.....	19

---

---

# Introdução

---

**O**s cânceres pediátricos são raros, representando de 2% a 3% de todos os tumores malignos na população geral.

A incidência anual estimada de câncer infantojuvenil nos Estados Unidos é de 124 casos/milhão de habitantes brancos e 98 casos/milhão de habitantes negros.

No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (Inca), em 2008, foram estimados mais de 9.800 casos novos.

# I. Faixa etária: de 0 a 25 anos



## Tipos mais frequentes de câncer:

- ▶ **Leucemias/Leucoses**
- ▶ **Tumores do sistema nervoso central (SNC)**
- ▶ **Linfomas**
- ▶ **Neuroblastomas**
- ▶ **Tumor de Wilms**
- ▶ **Tumor de testículo**



## Quais os fatores de risco para cada tipo de tumor?

Diferentemente da população adulta, em que fatores externos e comportamentais têm clara influência (tabagismo, etilismo, ingestão de gorduras, exposição solar etc), a criança ainda não teve tempo para se expor a agentes carcinógenos e, portanto, a ocorrência de câncer infantojuvenil está muito pouco relacionada a esses fatores.



## No entanto, algumas associações devem ser lembradas

- ▶ **Leucemias/Leucoses:**
  - Exposição materna à radiação ionizante.
  - Quimioterapia prévia.
  - Anemia de Fanconi (leucemia mieloide aguda).

---

▶ **Tumores do SNC**

Radioterapia prévia.

▶ **Linfomas**

Doenças infecciosas:

- vírus da hepatite B;
- vírus Epstein-Barr;
- HIV.

Sistema imune comprometido:

- doenças genéticas hereditárias;
- drogas imunossupressoras.

▶ **Tumor de testículo**

Criptorquidia.

Distopias testiculares.



### Quais os sinais e sintomas mais frequentes?

Em estádios iniciais é sempre difícil diagnosticar o câncer infantojuvenil, pois apresenta sinais e sintomas inespecíficos que mimetizam doenças próprias da infância, como febre e adenomegalia, que podem fazer parte de um simples quadro viral.

Sendo assim, quando sinais e sintomas são muito duradouros ou inexplicáveis, a suspeita de câncer deve ser lembrada.



### Queixas mais comuns de pais de crianças com neoplasia:

▶ **Leucemias/leucoses**

Fraqueza generalizada/Febre.

Palidez.

Epistaxe ou sangramentos espontâneos.

Adenomegalia.

Hepatoesplenomegalia.

▶ **Tumores do SNC**

Cefaleia matinal/náuseas e vômitos.

Quadros convulsivos.

Alterações motoras e comportamentais.

Paralisia de nervos.



---

▶ **Linfomas**

Fraqueza generalizada/febre.  
Adenomegalia.  
Hepatoesplenomegalia.  
Edema de cabeça e pescoço.

▶ **Neuroblastomas**

Fraqueza generalizada/febre.  
Adenomegalia.  
Equimose periorbitária (sinal do guaxinim).  
Massa abdominal palpável que geralmente ultrapassa a linha média.  
Hepatoesplenomegalia.  
Hematúria é rara.  
Idade mediana de aparecimento: 22 meses.

▶ **Tumor de Wilms**

Massa abdominal palpável que não ultrapassa a linha média.  
Hematúria (30% dos casos).  
Idade mediana de aparecimento: 4 anos.

▶ **Tumor de testículo**

Nódulo indolor palpável no testículo.



### Quais exames devem ser solicitados para diagnóstico?

▶ **Leucemias/Leucoses**

Hemograma.  
Leucograma.  
Dosagem de plaquetas.  
Biópsia de medula óssea (mielograma).

▶ **Tumores do SNC**

Tomografia computadorizada de crânio.  
Ressonância nuclear magnética.

▶ **Linfomas**

Hemograma.  
Leucograma.  
Dosagem de plaquetas.  
Biópsia de linfonodo.

---

▶ **Neuroblastomas**

Ultrassom total de abdome.  
Tomografia computadorizada de abdome.  
Dosagem de catecolaminas urinárias.

▶ **Tumor de Wilms**

Ultrassom total de abdome.  
Tomografia computadorizada de abdome.

▶ **Tumor de testículo**

Ultrassom de escroto.  
Tomografia computadorizada de abdome e pelve.  
Marcadores séricos:

- alfafetoproteína;
- LDH;
- $\beta$ HCG.



**Está indicada a realização de exames preventivos? Quando e como?**

Como não existem evidências científicas que permitam apontar fatores de risco, a prevenção ainda é um desafio.

A apresentação clínica inespecífica muitas vezes é causa de diagnóstico tardio.

A melhor maneira de suspeitar dessas neoplasias é sempre colocá-las entre os diagnósticos diferenciais.

O exame médico periódico, analisando a condição clínica geral e a palpação abdominal, visa descartar a presença de massas abdominais e hepatoesplenomegalia.

A palpação de escroto e testículos também é importante, principalmente nas crianças com antecedentes de criptorquidia.

## II. Faixa etária: de 25 a 50 anos



### Tipos mais frequentes de câncer

- ▶ Câncer de pele não melanoma
- ▶ Tumor de testículo
- ▶ Linfoma não Hodgkin
- ▶ Leucemia mieloide aguda (LMA)

### Câncer de pele não melanoma



#### Quais os fatores de risco para cada tipo de tumor?

- ▶ **Carcinoma basocelular**  
Predisposição genética.  
Tipo de pele, cabelos e olhos claros sensibilidade à queimadura solar.  
Histórico de exposição crônica ao sol.
- ▶ **Carcinoma espinocelular (CEC)**  
Exposição crônica ao sol.  
Tipo de pele.  
Pode se desenvolver em:
  - cicatrizes;
  - úlceras crônicas.

---

## Quais os sinais e sintomas mais frequentes?

### ▶ **Carcinoma basocelular**

Tipo nódulo — ulcerativo:

- lesões papulosas, brilhantes e róseas;
- localizadas, principalmente, em face e áreas expostas ao sol;
- eventualmente ulceração central.

Tipo superficial:

- placas eritematoescamocrostosas evoluindo para infiltração.

Tipo esclerodermiforme:

- placas escleróticas, endurecidas.

Tipo pigmentado:

- lesões papulosas;
- coloração escurecida.

### ▶ **CEC**

Lesões exofíticas e hiperqueratósicas:

- normalmente ulceradas em áreas expostas ao sol, face, membros superiores e inferiores.

Variações clínicas do CEC:

- doença de Bowen (CEC *in situ*);
- eritroplasia de Queyrat (CEC *in situ* em mucosas — a região peniana pode ser envolvida — glande e prepúcio).

## Quais exames devem ser solicitados para o diagnóstico?

- ▶ Biópsia incisional ou excisional.
- ▶ Exame anatomopatológico.



## Está indicada a realização de exames preventivos? Quando e como?

- ▶ Exame clínico anual em pacientes com predisposição individual (pele clara e exposição solar crônica) e antecedentes familiares.



## Quais os diagnósticos diferenciais?

- ▶ Micoses (blastomicose).
- ▶ Queratoses actínicas.
- ▶ Úlceras crônicas.

---

## Tumor de testículo

É o tumor sólido mais frequente entre 20 e 34 anos de idade.



### Quais são os fatores de risco?

- ▶ Criptorquidia: aumenta de 7 a 14 vezes o risco.
- ▶ Raça: maior frequência em brancos e judeus.
- ▶ Hereditariedade.
- ▶ Fatores genéticos: mais frequente em gêmeos idênticos.
- ▶ Tumor testicular prévio contralateral.



### Quais são os sinais e sintomas mais frequentes?

- ▶ Aumento testicular indolor.
- ▶ Nódulo indolor.



### Quais os exames que devem ser indicados para o diagnóstico?

- ▶ Ultrassom escrotal.
- ▶ Marcadores tumorais:
  - $\beta$ HCG;
  - alfafetoproteína;
  - LDH.



### Está indicada a realização de exames preventivos? Quando e como?

- ▶ Autopalpação:
  - homens entre 20 e 50 anos;
  - pacientes com passado de neoplasia testicular e criptorquidia.



### Quais os diagnósticos diferenciais?

- ▶ Orquiepididimite.
- ▶ Hidrocele.
- ▶ Varicocele.
- ▶ Hérnia inguinoescrotal.
- ▶ Espermatocelo.

---

## Linfoma não Hodgkin



### Quais são os fatores de risco?

- ▶ Imunossupressão:
  - pacientes HIV-positivos;
  - drogas imunossupressoras.
- ▶ Infecções:
  - vírus Epstein-Barr;
  - HTLV1.
- ▶ Radiação ionizante prévia.
- ▶ Agentes químicos:
  - pesticidas;
  - solventes;
  - fertilizantes (nitrato).



### Quais são os sinais e sintomas mais frequentes?

- ▶ Aumento dos linfonodos de pescoço, axilas ou inguinais.
- ▶ Sudorese noturna excessiva.
- ▶ Febre.
- ▶ Prurido.
- ▶ Perda de peso inexplicada.



### Quais exames devem ser solicitados para o diagnóstico?

- ▶ Biópsia ganglionar.



### Está indicada a realização de exames preventivos? Quando e como?

Sim, em trabalhadores que utilizam as substâncias citadas anteriormente. Indivíduos irradiados (concomitantemente ao seguimento de sua neoplasia primária) e pacientes com HIV devem sempre ser acompanhados quando portadores de adenopatias.

### ★ Quais os diagnósticos diferenciais?

- ▶ Mononucleose infecciosa.
- ▶ Toxoplasmose.
- ▶ Citomegalovírus.
- ▶ Outras neoplasias.
- ▶ Quadros atópicos.
- ▶ Hepatopatias (prurido).

## Leucemia mieloide aguda (LMA)

### 📡 Quais são os fatores de risco?

- ▶ Quimioterapia prévia.
- ▶ Radiação ionizante.
- ▶ Agentes químicos: benzeno e solventes orgânicos.
- ▶ Fatores genéticos: síndrome de Down (aumento de 16 a 18 vezes) e anemia de Fanconi.

### 🔍 Quais são os sinais e sintomas mais frequentes?

- ▶ Anemia: astenia, palidez, dispneia e dor em membros inferiores.
- ▶ Infecções de repetição.
- ▶ Hematomas frequentes e petéquias.
- ▶ Esplenomegalia geralmente transitória.

### 📁 Quais exames devem ser solicitados para o diagnóstico?

- ▶ Hemograma.
- ▶ Mielograma.

### ▶ Está indicada a realização de exames preventivos? Quando e como?

Hemograma anual para pacientes expostos a irradiação, agentes químicos tóxicos e portadores de síndrome de Down.

### ★ Quais são os diagnósticos diferenciais?

- ▶ Doenças imunossupressoras.
- ▶ Coagulopatias.
- ▶ Infecções com leucocitose acentuada.
- ▶ Tuberculose.
- ▶ Hepatopatias.
- ▶ Outras formas de anemia.

# III. Faixa etária: mais de 50 anos



## Tipos mais frequentes de câncer:

- ▶ Câncer de pele não melanoma
- ▶ Neoplasia da próstata
- ▶ Neoplasia de pulmão
- ▶ Estômago
- ▶ Tumor de cólon e reto

### Câncer de pele não melanoma

Já descrito na faixa etária dos 25 aos 50 anos.

### Neoplasia da próstata



#### Quais são os fatores de risco?

- ▶ Idade: incidência e mortalidade aumentam exponencialmente após os 50 anos de idade.
- ▶ Raça: maior frequência em negros.
- ▶ Hereditariedade: o risco relativo aumenta de acordo com o número de membros familiares afetados, grau de parentesco e idade na qual eles foram afetados.
- ▶ Inflamação e infecção: indivíduos portadores de sífilis, HPV e herpes vírus apresentam maior incidência de câncer da próstata, segundo alguns autores.
- ▶ A influência da dieta no câncer da próstata é incerta. Entretanto, já está



---

comprovado que dieta rica em frutas, verduras, legumes, grãos e cereais integrais e com menos gordura, principalmente as de origem animal, pode ajudar a diminuir o risco de câncer prostático.



### Quais são os sinais e sintomas mais frequentes?

Geralmente insidioso, com sintomas confundindo-se com hiperplasia prostática benigna, envelhecimento e estenose de uretra.



### Quais exames devem ser indicados para o diagnóstico?

A biópsia da próstata é o único exame que fornece o diagnóstico de certeza.



### Está indicada a realização de exames preventivos? Quando e como?

A avaliação preventiva, PSA e o toque retal devem ser realizados segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), a partir dos 45 anos de idade, antecipando-se cinco anos para homens de cor negra e com antecedentes familiares.



### Quais os diagnósticos diferenciais?

- ▶ Hiperplasia benigna de próstata.
- ▶ Prostatites.
- ▶ Estenose de uretra.

## Neoplasia de pulmão



### Quais são os fatores de risco?

- ▶ Tabagismo: presente em 90% dos casos.
- ▶ Agentes químicos: arsênico, asbesto, berílio, cromo, radônio, níquel, cádmio e cloreto de vinila, encontrados principalmente no ambiente ocupacional.
- ▶ Fatores dietéticos: baixo consumo de frutas e verduras.
- ▶ Doença pulmonar obstrutiva crônica.
- ▶ Enfisema pulmonar e bronquite crônica.
- ▶ História familiar de câncer de pulmão.



### Quais são os sinais e sintomas mais frequentes?

- ▶ Localização central: tosse, sibilos, estridor, dor torácica, escarros hemópticos, dispneia e pneumonias de repetição.
- ▶ Localização periférica: geralmente assintomáticos, quando invadem a pleura ou a parede torácica, causam dor, tosse e dispneia do tipo restritiva.
- ▶ Localizado no ápice pulmonar (tumor de Pancoast): pode acometer o oitavo nervo cervical e os primeiros nervos torácicos, levando à dor no ombro correspondente, que se irradia para o braço.



### Quais os exames solicitados para o diagnóstico?

- ▶ Raio X do tórax.
- ▶ Tomografia computadorizada de tórax.
- ▶ Broncoscopia: deve ser realizada para avaliar a árvore traqueobrônquica e, eventualmente, permitir a biópsia.



### Está indicada a realização de exames preventivos? Quando e como?

- ▶ Exames de imagem (raio X e tomografia) em:
  - pacientes com mais de 40 anos de idade com história de tabagismo por dez anos ou mais: solicitar raio X de tórax anual.
  - tabagista com mudanças do comportamento da tosse ou rouquidão persistente por duas a tres semanas.

Esta sendo avaliada a possibilidade de realização de tomografia de baixa radiação a cada dois anos.



### Quais os diagnósticos diferenciais?

- ▶ Broncopneumonia.
- ▶ Tuberculose.
- ▶ Doença pulmonar obstrutiva crônica.

## Neoplasia gástrica



### Quais são os fatores de risco?

- ▶ Idade: raro antes dos 40 anos, com aumento da incidência progressiva até os 80 anos.
- ▶ Raça: amarela apresenta maior incidência.
- ▶ Hereditariedade: aumento de duas a quatro vezes na incidência, quando câncer gástrico presente em familiares.

- 
- ▶ Alimentação: maior incidência em indivíduos com alimentação pobre em vitamina A, C e E, leite, carnes e peixes, aliando-se ao alto consumo de nitrato, alimentos defumados, enlatados, com corantes ou conservados no sal.
  - ▶ Fatores ambientais: má conservação dos alimentos e ingestão de água proveniente de poços, que contenham uma alta concentração de nitrato, também se relacionam com maior incidência.
  - ▶ Hábitos: fumo e álcool aumentam a incidência.
  - ▶ Cirurgias prévias do estômago: gastrectomias aumentam a incidência de câncer gástrico, após 20 anos de cirurgia, em razão da gastrite alcalina.
  - ▶ Fatores de risco patológicos:
    - gastrite atrófica com hipo ou acloridria;
    - metaplasia intestinal;
    - anemia perniciosa, acompanhada de gastrite, atrofia e metaplasia intestinal;
    - infecções pelo *Helicobacter pylori* (no caso específico do linfoma gástrico);
    - pólipos adenomatosos acima de 2,0 cm podem se degenerar.



### Quais são os sinais e sintomas mais frequentes?

- ▶ Não há sintomas específicos do câncer de estômago, o que leva ao diagnóstico por vezes tardios.
- ▶ Massa palpável na parte superior do abdome e a presença de linfonodo na região supraclavicular esquerda (gânglio de Virchow-Troisier) indicam a presença de doença avançada.
- ▶ Sangramentos gástricos são incomuns em lesões malignas, entretanto, a hematêmese ocorre em cerca de 10% a 15% dos casos de câncer avançado.



### Quais os exames solicitados para o diagnóstico?

- ▶ A endoscopia digestiva alta é o método mais eficiente, pois permite a avaliação visual da lesão e a realização de biópsias.



### Está indicada a realização de exames preventivos? Quando e como?

Não está indicada a realização de rastreamento em nosso meio.

A mudança de enfoque está na indicação de endoscopia perante qualquer quadro de dispepsia leve, mesmo em populações jovens.



### Quais os diagnósticos diferenciais?

- ▶ Dispepsias benignas (esofagites, gastrites e quadros ulcerosos).

---

## Tumor de cólon e reto



### Quais são os fatores de risco?

- ▶ Idade: acima de 50 anos, após 70 anos o risco cai para 5%.
- ▶ História pessoal ou familiar de pólipos adenomatosos (principais lesões precursoras primárias).
- ▶ História pessoal ou familiar de câncer colorretal, tumor de ovário, endométrio ou mama.
- ▶ Distúrbios hereditários conhecidos como polipose adenomatosa familiar e câncer colorretal hereditário sem polipose.
- ▶ Portadores de doenças inflamatórias intestinais (doença de Crohn e reto colite ulcerativa).
- ▶ Colite e retite actínica: muito conhecidas pelos urologistas no tratamento radioterápico do câncer de próstata e de bexiga.
- ▶ Ureterosigmoidostomia.
- ▶ Alimentação: dieta com alto teor de gorduras saturadas e proteínas de origem animal (carne vermelha e carne processada) e baixo teor de fibras e cálcio.
- ▶ Estilo de vida: fumo, abuso do álcool, obesidade e sedentarismo.



### Quais são os sinais e sintomas mais frequentes?

- ▶ Cólon direito: perda de peso, astenia, anemia e alteração do hábito intestinal (diarreia — constipação).
- ▶ Cólon esquerdo e reto: enterorragia, perda de muco, dor anal à evacuação e tenesmo.



### Quais os exames solicitados para o diagnóstico?

- ▶ Pesquisa de sangue oculto nas fezes.
- ▶ Toque retal: detecta 50% dos tumores de reto.
- ▶ Retossigmoidoscopia: avalia o reto e sigmoide (75% dos tumores aparecem nessa região).
- ▶ Colonoscopia: avalia todo o cólon em 97% dos casos, permite a biópsia de lesões suspeitas e a ressecção de pólipos.
- ▶ Colonoscopia virtual: é indicada na impossibilidade de se realizar a colonoscopia (amputação de reto, por exemplo) ou quando a colonoscopia não foi completa (não atingiu o ceco).
- ▶ CEA (antígeno carcinoembrionico): sem valor para o diagnóstico, mas utilizado para acompanhamento pós-operatório.



## Está indicada a realização de exames preventivos? Quando e como?

Os exames devem ser realizados conforme o grupo de risco que se encontra o paciente:

### ▶ **Baixo risco:**

- indivíduos com mais de 50 anos de idade devem fazer pesquisa de sangue oculto nas fezes. Se positivo, devem ser submetidos à endoscopia digestiva alta e colonoscopia.
- alguns grupos sugerem pesquisa de sangue oculto e sigmoidoscopia a cada cinco anos ou colonoscopia a cada dez anos a partir dos 50 anos de idade.
- nesse grupo se encontra a maior parte dos tumores (70% a 80%).

### ▶ **Risco intermediário:**

- história familiar de câncer colorretal em parentes de primeiro grau: a colonoscopia deve ser realizada a cada cinco anos, iniciando-se com 40 anos de idade ou dez anos antes da idade de início do acometimento de seu parente.
- pacientes com pólipos maiores que 1,0 cm, múltiplos ou pólipos do tipo viloso: indica-se colonoscopia a cada três anos após a ressecção dos pólipos.
- nesse grupo se encontram 15% a 20% dos tumores.

### ▶ **Alto risco:**

- polipose adenomatosa familiar: colonoscopia a cada dois anos a partir dos 14 anos de idade.
- doença inflamatória de todo cólon: colonoscopia após oito anos do início da doença.
- doença inflamatória apenas do cólon esquerdo: colonoscopia após 15 anos do início da doença.
- presença do câncer colorretal hereditário não polipoide: colonoscopia anual a partir dos 20 anos de idade.
- nesse grupo se encontram 5% a 10% dos tumores.



## Quais são os diagnósticos diferenciais?

- ▶ Doenças inflamatórias:
  - doença de Crohn;
  - retocolite ulcerativa.
- ▶ Síndrome do cólon irritável.
- ▶ Obstipação crônica.
- ▶ Diarreias crônicas.

# Referências



1. Gurney JG, Severson RK, Davis S, RobisonLL.. Incidence of cancer in children in the United States. Sex-, race-, and 1-year age-specific rates by histologic type. Cancer. 1995;75(8):2186-95.
2. Câncer infantil. Disponível em: <http://www.INCA.org.br>

## Colaboração:

### **Dra. Telma Murias dos Santos**

Oncologista pediátrica, médica assistente do Instituto de Ortopedia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP)

### **Dr. Pedro Marcos Santinho Bueno de Sousa**

Tumores do aparelho digestivo: professor doutor de Proctologia pela USP.

### **Dra. Flávia Addor**

### **Dr. Sérgio Schalka**

Tumores dermatológicos: mestres em dermatologia pela USP.