



E-BOOK



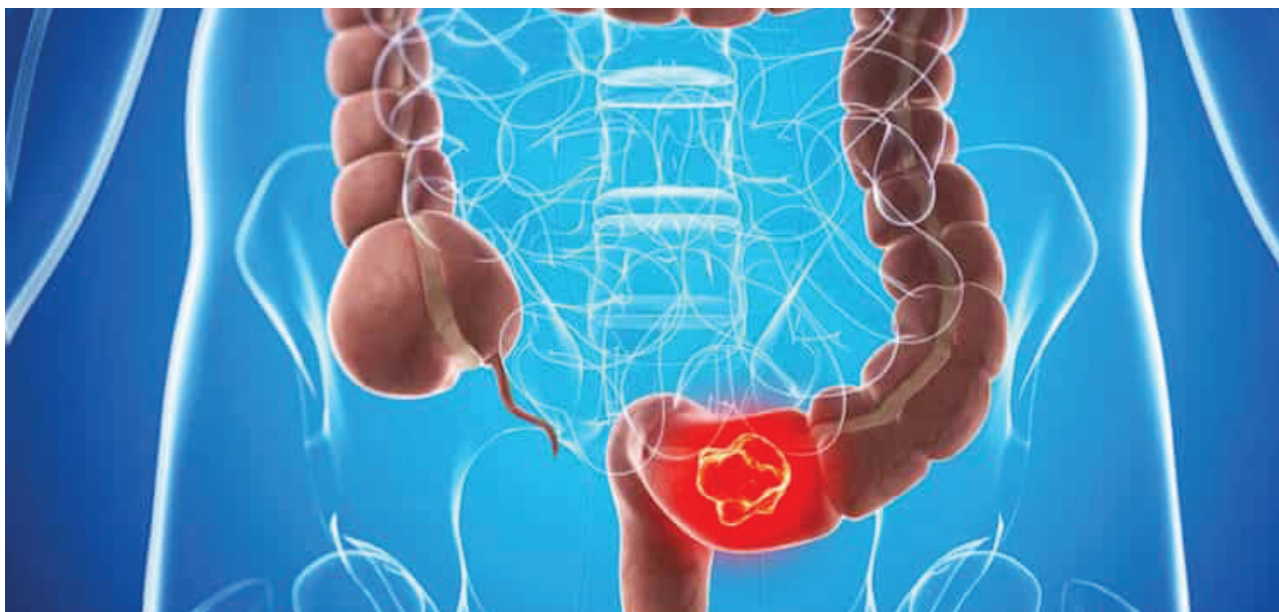
**CÂNCER DO
INTESTINO GROSSO**

ÍNDICE

O que é câncer do Intestino Grosso?	02
O que é o Intestino Grosso?	02
Diferença entre tumor, pólipos e câncer	03
Qual é a causa do Câncer do Intestino Grosso?	03
Fatores de risco para o Câncer do Intestino Grosso	05
Como posso evitar o Câncer do Intestino Grosso?	05
Sintomas	06
Tratamento	07
Complicações	10
Orientações pós-operatórias	12
Termo de consentimento	Anexo 1
Quem é Dr. Tiago Cardoso	Anexo 2

O que é câncer do Intestino Grosso?

Câncer do intestino grosso, também conhecido como câncer colorretal, é o tumor maligno que começa no cólon ou no reto. O câncer do intestino grosso é um dos tumores malignos mais comuns do organismo. Quando detectado precocemente, a maioria dos casos é curável.



O que é o Intestino Grosso?

Após serem ingeridos, os alimentos passam sucessivamente para os seguintes segmentos do tubo digestivo: esôfago, estômago, intestino delgado e intestino grosso.

O intestino grosso é a parte final do tubo digestivo, mede cerca de 1,5 m de comprimento e divide-se em ceco, cólon ascendente, cólon transverso, cólon descendente, cólon sigmoide e reto. O ânus é um orifício localizado no final do intestino grosso e desempenha a importante função de controlar a eliminação de fezes e gases intestinais.

Qual é a função do Intestino Grosso?

As principais funções são:

- Absorção de alguns nutrientes e vitaminas.
- Absorção de água e eletrólitos, o que permite modificar a consistência das fezes de líquida para sólida ao longo do intestino grosso.
- Armazenagem das fezes e gases intestinais para que possam ser eliminadas através do ânus em um momento socialmente adequado.
- O intestino grosso contém um elevado número de bactérias (flora bacteriana), que geralmente não causam infecção e auxiliam no metabolismo de alguns alimentos.

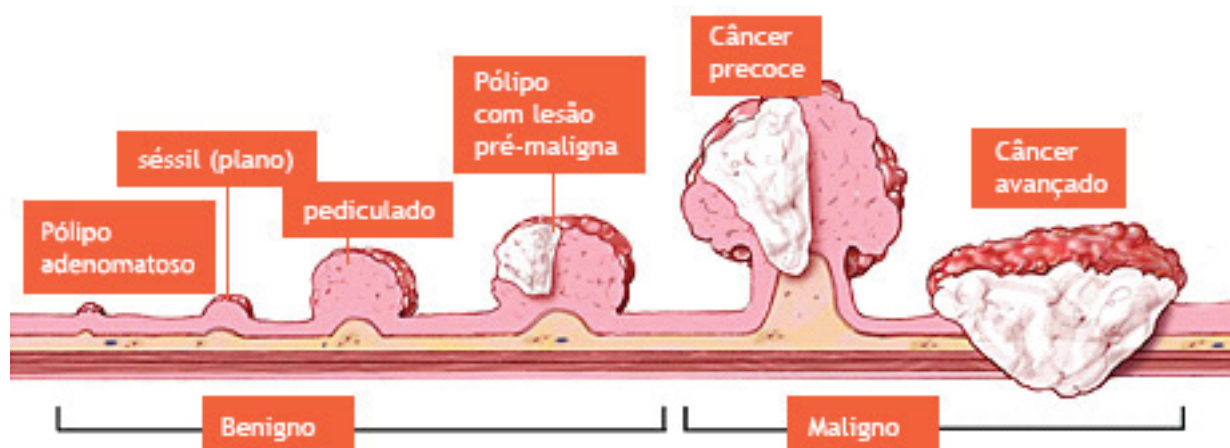
Entenda a diferença entre tumor, pólipo e câncer.

Tumor, também chamado popularmente de “caroço” ou “bola”, é um termo genérico que indica qualquer aumento anormal de uma parte do corpo. Ele pode ser devido a várias condições, como inflamação, cisto, pólipo e mesmo um câncer.

Pólipo é também um termo genérico que indica qualquer massa ou tumor que faz saliência (se proteja) na luz de um órgão, como o intestino, vesícula biliar, etc. Os pólipos podem ser inflamatório, tumor benigno ou tumor maligno (câncer).

Câncer é um tumor maligno que se caracteriza pela presença de células anormais que se dividem de maneira desorganizada e descontrolada. Devido a impossibilidade do organismo controlá-lo, o câncer pode invadir tecidos e órgãos próximos e pode se espalhar pela corrente sanguínea e/ou pelo sistema linfático para outros órgãos próximos ou mesmo distantes. Quando se espalha (dissemina), aparecem metástases (“filhotes” ou nódulos) em outros órgãos, como o fígado, pulmões e ossos.

É importante enfatizar que tanto o tumor como o pólipo podem ser benigno ou maligno. Entretanto, o câncer sempre é um tumor maligno.



Qual é a causa do Câncer do Intestino Grosso?

Apesar da causa do câncer do intestino grosso ainda não estar totalmente estabelecida (esclarecida), progressos importantes foram feitos nos últimos anos. Não existe um único fator que seja responsável por todos os casos de câncer do intestino grosso. Para alguns pacientes, um fator pode ser muito importante, enquanto que para outros, pode não ter importância. Assim, cada caso deve ser individualizado.

Os seguintes fatores são importantes como causa de câncer do intestino grosso:

• Alterações Genéticas.

Estas alterações, também denominadas de defeitos ou mutações nos genes, podem ser herdadas dos nossos pais (predisposição ou tendência familiar) ou podem aparecer espontaneamente (ausência de predisposição familiar).

• Câncer do Intestino Grosso com Predisposição Familiar ou Genética:

Os pacientes com predisposição familiar já nascem com algumas alterações nos seus genes, que inicialmente não são suficientes para causar o câncer. Entretanto, com o decorrer dos anos de vida, aparecem outros defeitos nos genes, que são capazes de causar o câncer.

É importante salientar que nem todos os indivíduos com predisposição familiar (genética) para câncer do intestino grosso vão ter este tumor maligno. Eles apenas têm uma maior possibilidade e necessitam uma maior vigilância para evitar o desenvolvimento deste câncer. Quando aparece câncer em indivíduos com predisposição familiar, o tumor geralmente ocorre em indivíduos com menos de 50 anos de idade. Exames genéticos que permitem a identificação de indivíduos com predisposição genética para câncer do intestino grosso estão em fase de desenvolvimento.

• Câncer do Intestino Grosso sem Predisposição Familiar ou Genética:

A maioria dos pacientes com câncer do intestino grosso não tem predisposição familiar (genética). Nestes pacientes, os defeitos nos genes são devidos a erro do próprio organismo durante as inúmeras divisões das células do intestino grosso que ocorrem ao longo dos anos de vida das pessoas. Os defeitos dos genes destes pacientes são ocasionalmente causados por fatores alimentares ou outras doenças, mencionadas a seguir. Estes defeitos dos genes demoram muitos anos para aparecerem e causarem câncer. Por isso, a grande maioria dos pacientes com câncer do intestino grosso, que não têm predisposição familiar, tem mais do que 60 anos de idade.

• Fatores Dietéticos:

Alimentos ricos em fibras vegetais, como verduras, legumes, cereais e frutas reduzem a possibilidade de desenvolver o câncer colônico. Ao contrário, dieta rica em carne vermelha e gordura animal e pobre em fibras vegetais, aumenta a possibilidade.

• Outros Fatores:

Indivíduos com algumas doenças intestinais incomuns, como a retocolite ulcerativa idiopática e a doença de Crohn, tem maior possibilidade de desenvolverem câncer do intestino grosso. Pessoas que foram submetidos previamente à radioterapia para tratar tumores abdominais e pélvicos também têm maior possibilidade.

Fatores de Risco para desenvolvimento do Câncer do Intestino Grosso

A chance ou possibilidade de um indivíduo desenvolver câncer do intestino aumenta quando existe um ou mais fatores de risco. Entretanto, muitos indivíduos que apresentam esses fatores nunca vão desenvolver este tumor maligno. É também importante salientar que a ausência de fatores de risco não elimina a possibilidade de um indivíduo desenvolver câncer do intestino grosso. Estes fatores apenas indicam a maior ou menor possibilidade de um paciente ter câncer do intestino grosso. Os principais fatores de risco são:

- Idade superior a 50 anos
- História de câncer do intestino grosso em familiares com menos de 50 anos da idade. Se um dos seus familiares teve câncer do intestino grosso com mais de 60 anos de idade, você não tem predisposição familiar (genética). A sua chance de ter câncer do intestino grosso é similar a da população geral.
- História pessoal de pólipos do intestino grosso. A quase totalidade (mais de 90%) dos tumores malignos do intestino grosso se origina de um pólipo, principalmente do tipo adenomatoso. Os pólipos adenomatosos são inicialmente benignos (quando pequenos), mas lentamente se tornam malignos com o passar dos anos. Quando pequenos, os pólipos podem ser totalmente retirados por colonoscopia, evitando a sua transformação em câncer e a necessidade de operações. É importante esclarecer que nem todos os tipos de pólipos encontrados no intestino grosso são malignos ou tem tendência a se tornarem malignos. Em caso de dúvida, o seu médico poderá lhe orientar.
- Dieta rica em carne vermelha e gordura animal e pobre em fibras vegetais.
- Presença de retocolite ulcerativa idiopática e a doença de Crohn.
- História de radioterapia na região abdominal ou pélvica, como a utilizada para tratar tumores ginecológicos.



Como posso evitar o Câncer do Intestino Grosso?

Avaliações médicas periódicas podem evitar o desenvolvimento do câncer do intestino grosso. Alguns exames permitem o diagnóstico e a retirada de pólipos do intestino, antes de se tornarem câncer.

A pesquisa de sangue oculto nas fezes é um exame de laboratório simples, em que uma amostra de fezes é examinada para determinar se contém sangue. A presença de sangue nas fezes pode indicar presença de câncer, mas pode ser devida a várias outras doenças benignas, como hemorroida.

A colonoscopia é um tipo de endoscopia, que consiste na introdução de um tubo flexível fino pelo ânus para visualizar toda extensão do intestino grosso. A colonoscopia é um exame indolor realizado em clínicas especializadas ou hospitais com anestesia geral ou com sedação. Para visualização adequada de todo intestino é essencial que o paciente tome laxante conforme as instruções do médico endoscopista para que a limpeza do intestino seja completa.

Estes exames profiláticos são indicados em indivíduos com mais de 50 anos de idade ou mesmo em mais jovens que tenham um fator de risco mencionado anteriormente. O seu médico pode ajudá-lo a determinar qual exame você deve fazer e qual é a frequência que deve realizá-lo.

Quais são os sintomas causados pelo câncer do Intestino Grosso?

Na fase inicial, o câncer do intestino grosso não provoca sintomas. Quando o tumor aumenta de tamanho, ele pode causar desconforto abdominal, mudança no hábito intestinal, presença de sangue nas fezes, anemia e perda de peso. Os sintomas são frequentemente discretos e ocasionais e se confundem com os de outras doenças.

Quando devo procurar um médico?

Você deve procurar o seu médico sempre que apresentar um dos sintomas abaixo. Apesar desses sintomas serem frequentemente causados por outras doenças mais comuns, como hemorroidas, é muito importante que você seja avaliado por um médico para excluir a possibilidade de câncer. Lembre-se! Os sintomas de câncer do intestino grosso frequentemente se confundem com os de outras doenças.

Sintomas de Alerta:

- Sangramento pelo ânus ou presença de sangue nas fezes, mesmo que seja ocasional.
- Mudança no hábito intestinal, como por exemplo: o indivíduo que tinha evacuações normais diariamente e passa a evacuar com mais frequência ou apresenta constipação intestinal, sem que tenha mudado sua alimentação.
- Aumento da vontade de evacuar com sensação de evacuação incompleta.
- Presença de anemia, sem causa determinada. A anemia pode se manifestar como palidez, fraqueza, cansaço ou indisposição.
- Perda de peso.
- Sintomas abdominais persistentes, como desconforto, dor, distensão abdominal e excesso de gases.

Diagnóstico

A colonoscopia é o melhor método para estabelecer o diagnóstico de câncer do intestino grosso. Este exame permite a visualização do tumor e a realização de biópsia. Outros exames são frequentemente realizados para avaliar a extensão do tumor (estadiamento) e orientar o tratamento.



Tratamento

Existem 4 tipos de tratamento que podem ser utilizados para o câncer do intestino grosso:

Cirurgia	Quimioterapia
Radioterapia	Terapia Biológica

A escolha de um ou combinação de mais de um tipo de tratamento é individualizada para cada paciente e depende de alguns fatores, como o tamanho, localização e a extensão do tumor (estágio do tumor) e as condições clínicas do paciente. O tratamento cirúrgico é necessário em quase todos os pacientes e é frequentemente complementado com quimioterapia. Pacientes com tumor de reto frequentemente também necessitam de radioterapia. Alguns aspectos dos tipos de tratamento do câncer do intestino grosso serão apresentados a seguir.

Cirurgia

O tratamento cirúrgico é a principal forma de tratamento para todos os estágios do câncer do intestino grosso. O tipo de operação depende principalmente do tamanho e local do câncer e da presença de tumor em outros órgãos próximos ou distantes. Os principais tipos de operação são:



- **Colectomia:**

A operação consiste na remoção de uma parte do intestino grosso (colectomia) que contém o tumor, além dos linfonodos (gânglios linfáticos) adjacentes. O trânsito do intestino é reconstituído através de anastomose (sutura) com a ajuda de instrumentos especiais (grampeadores). A colectomia pode ser realizada por via aberta (corte grande no abdômen ou “barriga”) ou por via laparoscópica (“operação dos furinhos”)

O tumor e os linfonodos retirados são examinados pelo patologista para determinar a extensão (estadiamento) do tumor. Esta informação é importante para estabelecer a necessidade de outras formas adicionais de tratamento, como quimioterapia. Linfonodos são estruturas localizadas ao longo de vasos linfáticos em todas as partes do corpo. Os tumores frequentemente se disseminam (metástase) para outros tecidos e órgãos por contato direto com outras vísceras ou através dos vasos linfáticos ou sanguíneos.

- **Excisão Local:**

Alguns tumores iniciais podem ser tratados por excisão (remoção) local, sem a necessidade de colectomia. Se o câncer estiver localizado em um pólipó e em uma fase bem inicial, a remoção completa do pólipó (polipectomia) pode ser realizada por colonoscopia. Tumores iniciais do reto distal podem ser removidos localmente através do ânus com auxílio de instrumentos especiais. Tanto a polipectomia como a retirada local de tumor do reto através do ânus têm a vantagem de não necessitar de colectomia. Entretanto, estes procedimentos só podem ser realizados para tumores pequenos e em uma fase inicial para evitar remoção incompleta e consequentemente recidiva do tumor.

- **Tratamento cirúrgico de Metástase ou Invasão de outros órgãos:**

Quando o câncer é diagnosticado tardiamente, metástases (presença de câncer em outros órgãos e tecidos) ou invasão de outros órgãos podem ser identificadas. Nessas situações, pode ser necessária a remoção parcial (fígado, pulmão, bexiga) ou completa desses órgãos (ovário). A remoção desses órgãos pode ser realizada antes, durante ou após a operação do intestino grosso. A escolha do momento mais apropriado para esta remoção depende de vários fatores, como tamanho, número de metástases e de órgãos comprometidos e do estado geral do paciente.

Quimioterapia

A quimioterapia consiste no uso de medicamentos que destroem ou impedem a multiplicação de células cancerosas. Os medicamentos quimioterápicos circulam por todo o corpo e podem destruir células cancerosas em qualquer parte do corpo (efeito sistêmico). Atualmente existem vários medicamentos que são efetivos no tratamento do câncer do intestino grosso. Eles são geralmente usados em combinação de 2 ou 3 para aumentar a potência. O principal objetivo da quimioterapia é aumentar a chance de cura.

A quimioterapia não é necessária para tumores diagnosticados na fase inicial. Ela é geralmente utilizada em pacientes com tumor de intestino grosso de grande tamanho e ou que apresentam metástases (“filhotes”) em linfonodos ou em outros órgãos. Ela é iniciada após tratamento cirúrgico, mas em alguns pacientes, pode ser iniciada antes. A quimioterapia frequentemente causa vários efeitos colaterais, mas eles são temporários. O seu médico poderá orientá-lo.

Radioterapia

A radioterapia utiliza fonte de elevada energia ionizante, tal como o raio-x, que é capaz de destruir células cancerosas ou impedir a sua multiplicação. Esta forma de tratamento é feita com o auxílio de uma máquina externa e pode ser usada tanto antes como após a operação.

Ao contrário da quimioterapia que pode destruir células cancerosas em qualquer parte do corpo, o efeito da radioterapia é limitado ao local aonde é aplicado (efeito local). Assim, a radioterapia é utilizada para diminuir o tamanho do tumor ou reduzir a recidiva local. Ela é frequentemente associada á quimioterapia para o tratamento de pacientes com câncer do reto. A radioterapia é raramente utilizada no tratamento do câncer de outros locais do intestino grosso.

A radioterapia frequentemente causa vários efeitos colaterais, sendo que alguns deles são definitivos. O seu médico poderá orientá-lo.

Terapia Biológica

A terapia biológica ou anticorpos monoclonais é uma das maiores descobertas da medicina nos últimos anos. Estes anticorpos são produzidos em laboratório e agem especificamente contra as células tumorais, sem lesar as células normais. Eles reduzem o crescimento do câncer.

Esta forma de terapia tem sido utilizada com sucesso para tumores do intestino grosso avançados ou que recidivaram. Os anticorpos monoclonais causam alguns efeitos colaterais, mas são geralmente leves e temporários. O seu médico poderá orientá-lo.

Complicações Pós-Operatórias

Como você observou nas páginas anteriores, as operações são fundamentais no tratamento do paciente com câncer do intestino grosso, mas elas não estão livres de complicações. O risco de complicações depende de vários fatores, inclusive da idade e do estado de saúde do paciente, do tamanho e localização do tumor e do tipo de operação utilizada.

As principais complicações incluem sangramento, infecção, fístula intestinal (vazamento do conteúdo do intestino para a cavidade do abdômen ou pele), estenose (estreitamento de anastomose), lesão de órgãos adjacentes ao intestino, aumento do número de evacuações, hérnia, trombose venosa, embolia pulmonar (coágulo de sangue no pulmão) e infarto do miocárdio (coração). Pode haver necessidade de hospitalização prolongada, dietas especiais e re-operações com uso de ostomias (bolsas) e sondas para tratar algumas dessas complicações.

Os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico do câncer do reto podem também apresentar outras complicações como incontinência anal (dificuldade no controle das fezes) e alterações da vida sexual, como impotência sexual e a ejaculação retrógrada. A mortalidade (possibilidade de morrer) é de cerca de 1 a 4%.

É importante esclarecer que o risco do tratamento cirúrgico é muito pequeno quando comparado com as suas vantagens. O seu médico poderá explicar em detalhes as complicações.

Preciso usar “bolsinha” (Bolsa de Colostomia) após a operação?

A grande maioria dos pacientes não precisa. Entretanto, alguns necessitam usar bolsa de colostomia como parte do tratamento do câncer do intestino grosso. O uso de bolsa de colostomia pode ser temporário (2 a 3 meses) ou definitivo. Colostomia consiste na abertura do intestino grosso para eliminação de fezes e gases através da parede abdominal (“barriga”), como se fosse um ânus artificial. A bolsa de colostomia é colocada em volta da colostomia para a coleta de material fecal. A colostomia é frequentemente necessária nos pacientes com câncer do reto próximo ao ânus e nos submetidos à operação de emergência. Situações incomuns durante a operação também podem ser uma indicação de colostomia.

É muito importante salientar que a qualidade de vida dos pacientes que usam bolsa de colostomia é excelente. Eles podem participar normalmente de todas as atividades familiares, sociais e de trabalho. O fundamental é extirpar o tumor para que o indivíduo volte a ter uma vida normal. O indivíduo poderá obter facilmente as informações necessárias para os cuidados da colostomia com o seu médico ou com técnicos em “ostomias” facilmente acessíveis em entidades governamentais, privadas ou em associações.

É possível curar o câncer do intestino grosso?

O resultado do tratamento do câncer do intestino grosso melhorou muito nos últimos anos. Sim, é possível curar a maioria dos pacientes! Atualmente, cerca de 65% dos pacientes podem ser curados como tratamento apropriado. A possibilidade de cura é de quase 100% quando o câncer é tratado na fase inicial. Portanto, o diagnóstico precoce é essencial para melhorar as chances de cura.

Preciso fazer seguimento médico após o término de tratamento?

Após ter completado o tratamento, é fundamental realizar exames médicos regularmente para certificar-se que o câncer não recidivará (voltará) ou que um novo tumor ou pólipos não aparecerá no seu intestino grosso. O seu médico determinará a frequência que você deverá ser aliviado por ele.

Lembre-se! O diagnóstico e o tratamento precoce da recidiva ou de outro tumor aumentam a chance de cura.

Orientações Pós-Operatórias

As orientações abaixo devem ser seguidas para que você tenha uma boa recuperação da operação e menor possibilidade de complicações.

- 1.** O seu médico irá lhe orientar a sua dieta e o uso de analgésico (remédio para dor).
- 2.** Os cortes serão fechados com pontos e cobertos com curativo. É comum que ocorra inchaço ou equimose (“azulado” ou “roxo”) ou pequenos sangramentos. Isto é normal. Não se preocupe. Se você foi operado pela técnica de cirurgia aberta (corte grande), o seu médico lhe orientará sobre os cuidados com o curativo. Entretanto, se você foi operado pela técnica laparoscopia (“operação de furinhos”), não retire o micropore (fita adesiva), a menos que o seu médico o oriente neste sentido. Pode tomar banho completo e molhar o micropore. Seque o abdômen normalmente com toalha, sem necessidade de cuidados especiais com os cortes. Entretanto, se o corte tiver com aparência de infecção (vermelho, com secreção de pus ou com cheiro forte), contacte o seu médico.
- 3.** Respire fundo 3 vezes a cada hora para expandir melhor o seu pulmão e evitar complicações, como febre e pneumonia.
- 4.** Evite ficar muito tempo deitado ou sentado. Procure andar várias vezes ao dia. Pode andar bastante e subir escada. Não tem perigo. Ao contrário, a deambulação (andar) evita complicações. Assim que você tiver se movimentando rápido e com pouca dor, poderá dirigir. Pode tossir ou espirrar, mas com muita delicadeza para evitar hérnia. Não levante nenhum objeto com mais de 10 kg.
- 5.** Se você foi operado pela técnica laparoscópica, é frequente ter dor no ombro. Esta dor é consequente à irritação de um nervo que fica entre o abdômen e o tórax. Ela não se deve a torção ou mau jeito no ombro. A dor no ombro geralmente desaparece em poucas horas ou dias. Se ela for intensa, tome o analgésico prescrito pelo seu médico.
- 6.** Lembre-se! A sua absoluta cooperação e dedicação em seguir as instruções do seu médico é fundamental para o sucesso da sua operação e para evitar complicações.
- 7.** Em caso de dúvidas ou caso apresente alguma complicação, procure o seu médico ou retorne ao hospital aonde foi operado.
- 8.** Não se esqueça! O acompanhamento periódico com a sua equipe médica é fundamental para o sucesso do tratamento do seu câncer.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, autorizo o Dr. Tiago Magalhães Cardoso, CRM/AM 7492, e a sua equipe, a realizar em mim o procedimento

_____ para o tratamento de câncer do intestino grosso.

Estou ciente que sou portador (a) de outras condições médicas:

_____ Fui devidamente informado (a) que a operação pode apresentar riscos, que incluem: sangramento, infecção, fístula e estenose do tubo digestivo, lesão de órgãos adjacentes ao estômago, aumento do número de evacuações, hérnia, trombose venosa, embolia pulmonar, infarto do miocárdio, risco anestésico, risco de reações alérgicas a medicamentos e risco de vida, entre outros. Se a operação programada for pelo acesso videolaparoscópico (“dos furinhos”), poderá ser convertida ou mudada para o método aberto (incisão grande).

Declaro que recebi e li o manual de “Orientação para Pacientes com câncer do Estômago”. Após a leitura atenta deste termo de consentimento, afirmo que me foram esclarecidas todas as minhas dúvidas sobre a doença, a operação, as complicações da operação e a evolução pós-operatória, não sendo negado o esclarecimento de quaisquer das minhas dúvidas, e por isso firmo este termo de consentimento.

_____, _____.

Local e data.

Paciente: _____ RG: _____

Testemunha: _____ RG: _____

Testemunha: _____ RG: _____



Quem é Dr. Tiago Cardoso

CRM-AM 7492

Com uma longa trajetória profissional, Dr. Tiago Cardoso é formado em Medicina pela Universidade do Estado do Amazonas. Após a graduação, especializou-se em: Cirurgia Geral pela Fundação Hospital Adriano Jorge e em Cirurgia do Aparelho Digestivo e Endoscopia Digestiva no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

O propósito de aperfeiçoar suas habilidades médicas o levou a especialização em Cirurgia Minimamente Invasiva (CMI) no Centro de Ensino e Tecnologia em Ciências da Saúde (CETREX).

Atuando em diversas instituições renomadas, Dr. Tiago Cardoso é membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD), sendo presidente do Capítulo Amazonas. É também membro da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED).

Atualmente se dedica com maior afinco na área de cirurgia de Fígado, pâncreas e vias biliares, sendo membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Hepato - Pancreato - Biliar (CBHPB).

Além disso, é professor de Clínica Cirúrgica da Faculdade Metropolitana de Manaus (FAMETRO), supervisor do Programa de Residência Médica da Fundação Hospital Adriano Jorge, no qual atua também como médico cirurgião do aparelho digestivo.

Com todas as experiências e conhecimentos adquiridos, Dr. Tiago Cardoso é Diretor Clínico da Medinova GastroCentro, na cidade de Manaus. Sendo integrante também de um grupo técnico que estuda questões envolvendo obesidade e endoscopia bariátrica. Por fim, outro diferencial é a realização do procedimento chamado de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) em cirurgias hepatobiliares, garantindo uma avaliação precisa no diagnóstico e tratamento das doenças que acometem os ductos de drenagem do fígado e do pâncreas.

Alido a isso, a clínica Medinova GastroCentro é formada por uma equipe médica de alto nível técnico, que conta também com aparelhos de última geração, sendo este serviço referência na região Norte do país.



DR.
TIAGO CARDOSO
ENDOSCOPIA & CIRURGIA HEPATOBILIOPANCREÁTICA



Medinova Gastocentro
Av. Jornalista Umberto Calderaro Filho, nº 455,
Sala 1410, Adrianópolis - Manaus/AM



(92) 3342.8458



(92) 9 8432.1771



contato@drtiagocardoso.com.br

www.drtiagocardoso.com.br



[@dr.tiagocardoso](https://www.instagram.com/dr.tiagocardoso)



[@medinovagastocentro](https://www.instagram.com/medinovagastocentro)