



Colonoscopia no rastreio de câncer de cólon direito: Um relato de caso

Colonoscopy in right colon cancer screening: A case report

DOI: 10.56238/isevjhv3n1-033

Recebimento dos originais: 14/02/2024

Aceitação para publicação: 04/03/2024

Helen Brambila Jorge Pareja

Lattes: 8792800011270177

Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade do Oeste Paulista

E-mail: Brambila_hj@hotmail.com

Samer Majid Ghadie

Lattes: 1991192270896411

Graduado em Medicina, Universidade do Oeste Paulista

E-mail: samerghadie@hotmail.com

Natália Cervantes Uzeloto Guazi

Lattes: 2386739547111351

Graduanda de Medicina Universidade do Oeste Paulista

E-mail: nataliaguazi2000@gmail.com

Tiago Lyria da Silva Pazinato

Lattes: 9868197015991108

Graduando de Medicina, Universidade do Oeste Paulista

E-mail: tiagolyria23@gmail.com

Henrique Zafalon Spinardi

Lattes: 0974349029688681

Graduando de Medicina, Universidade do Oeste Paulista

E-mail: henriquezspinardi@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O câncer colorretal é o terceiro tipo de câncer mais frequente no mundo em ambos os sexos, iniciando no intestino grosso e se estendendo até a parte inferior do sistema digestivo. O fator de risco mais importante é a história familiar de câncer de cólon e reto e a predisposição genética ao desenvolvimento de doenças crônicas do intestino, além de dieta com base em gorduras animais, assim como consumo excessivo de álcool e tabagismo. Apenas 90% dos pólipos são encontrados facilmente através da colonoscopia, portanto, evidencia-se a importância do exame de rastreio através da colonoscopia, principalmente em pacientes com 50 anos ou mais. Quando identificada precocemente, é uma patologia que apresenta um bom prognóstico. **Objetivo:** Demonstrar a importância da colonoscopia como exame de rastreio para melhor prognóstico do câncer de cólon. **Métodos:** A partir de um caso médico ocorrido na Santa Casa da Misericórdia de Presidente Prudente, e seu prontuário, foram coletadas informações para realização desse relato. **Resultados:** O tratamento cirúrgico continua ser a melhor opção. Para tumores de ceco e cólon ascendente, preconiza-se pela colectomia direita e ressecção de pequeno segmento de íleo distal e hemicolecotomia direita. Essa abordagem é vantajosa para pacientes com linfonodos comprometidos, mas sua efetividade parece duvidosa para T3 ou T4, com linfonodos negativos. **Conclusão:** O sucesso do tratamento do câncer de cólon é um esforço multidisciplinar, sendo a



ressecção cirúrgica a mais indicada, em combinação com quimioterapia adjuvante em certos casos, sendo importante o diagnóstico precoce de pacientes para um melhor prognóstico.

Palavras-Chave: Câncer de cólon, Colonoscopia, Diagnóstico, Neoplasia colorretal.

1 INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é o terceiro tipo de câncer mais frequente no mundo em ambos os sexos e a segunda causa em países desenvolvidos, iniciando no intestino grosso e se estendendo até a parte inferior do sistema digestivo (ESMEETA et al. 2022). Possui índice de sobrevivência de 5 anos em 63% dos casos, reduzindo a 10% naqueles com diagnóstico de metástases. Esse tipo de neoplasia abrange tumores que atingem o cólon e o reto (DENIPOTE et al. 2010). Além disso, tanto homens como mulheres são igualmente afetados, sendo doença tratável e frequentemente curável, quando apenas localizada no intestino (INCA, 2019).

O fator de risco mais importante para este tipo de neoplasia é a história familiar de câncer de cólon e reto e a predisposição genética ao desenvolvimento de doenças crônicas do intestino (como as poliposes adenomatosas), além de dieta com base em gorduras animais, baixa ingestão de frutas, vegetais e cereais, assim como consumo excessivo de álcool e tabagismo. A prática de atividade física regular está associada a baixo risco de desenvolvimento da neoplasia. (DENIPOTE et al. 2010) A idade também é considerada fator de risco, visto que pessoas acima de 50 anos de idade são mais propensas a serem afetadas pela neoplasia colorretal e pessoas com menos de 50 anos de idade têm 4% de chance (ESMEETA et al. 2022).

A probabilidade de desenvolver CCR pode ser aumentada por fatores genéticos e adquiridos/ambientais. (HADJIPETROU et al. 2017) Embora a maioria (cerca de 70%) do CCR ocorra em indivíduos de risco médio (espórádicos), até 25% dos casos ocorrem em pacientes com histórico familiar de CCR, e cerca de 10% dos casos ocorrem em síndromes hereditárias de câncer colorretal (principalmente Polipose Adenomatosa Familiar, síndrome de Lynch e doença inflamatória intestinal) (AHMED, 2020) Os fatores de risco implicados nos mecanismos das doenças esporádicas são principalmente ambientais/adquiridos. Estilo de vida ocidental, tabagismo, consumo de álcool, obesidade e certos hábitos alimentares estão entre os fatores de risco associados ao aumento do risco de CCR. Embora o impacto da suscetibilidade genética em um indivíduo seja muito maior do que o impacto dos fatores adquiridos, a grande maioria dos casos de CCR poderia ser prevenida através de modificações nos fatores ambientais. Estudos demonstraram que indivíduos com familiares de primeiro grau diagnosticados com CCR

apresentam um risco 2-3 vezes maior de desenvolver CCR do que a população em geral. (HADJIPETROU et al. 2017)

A formação em massa de uma neoplasia se desenvolve quando células saudáveis no revestimento do cólon ou reto crescem fora de controle. O CCR geralmente começa com o crescimento de tecido na membrana mucosa, conhecido como pólipos (crescimento não canceroso que pode se desenvolver no cólon ou na parede interna do reto à medida que as pessoas envelhecem). Pólipos adenomatosos são o crescimento de tecido com alto potencial de transformação maligna. (ESMEETA et al. 2022) Enquanto crescem, penetram na submucosa, invadem os linfáticos e ganham acesso aos linfonodos e tecidos vizinhos, assim como órgãos à distância. O carcinoma de cólon pode disseminar - se através da veia porta para o fígado; por via hematogênica para os pulmões e ossos; e através do intestino para a gordura pericôlonica e o mesentério, invadindo os órgãos adjacentes. (BARILE et al. 2020)

Os sintomas variam de acordo com a localização anatômica da neoplasia. No tumor de cólon esquerdo (descendente, sigmóide) predomina alteração do hábito intestinal (constipação progressiva, ou constipação alternada com hiperdefecção ou diarreia). Esses sintomas vêm do fato de o cólon esquerdo ser de menor calibre e conter fezes semi sólidas invés de líquidas. No câncer do cólon direito (ascendente, ceco), as lesões costumam ulcerar, predomina a perda de sangue oculto nas fezes e a anemia ferropriva. Esses tumores são altamente sangrantes, mas raramente causam obstrução do fluxo fecal, devido ao maior calibre do colón e por conter fezes de consistência líquida. Podem crescer bastante antes de causarem sintomas obstrutivos e outras alterações dos hábitos intestinais. Geralmente são tumores maiores e mais invasivos ao diagnóstico. (BARILE et al. 2020)

Poucas ferramentas de triagem já foram estabelecidas para detectar CCR em seus estágios iniciais, como colonoscopia, sigmoidoscopia, exame de sangue oculto nas fezes e teste imunohistoquímico fecal. A colonoscopia é o procedimento usado para detectar anormalidades no intestino grosso e é uma das poucas ferramentas de triagem que já foram estabelecidas para detecção de CCR em seus estágios iniciais. Durante uma colonoscopia, os pólipos são encontrados facilmente no cólon, pois tem uma estrutura semelhante a uma protuberância. Apenas 90% dos pólipos são encontrados facilmente através da colonoscopia, e os 10% restantes dos pólipos diferem em sua formação. (ESMEETA et al. 2022) Portanto, evidencia-se a importância do exame de rastreio através da colonoscopia, principalmente em pacientes com 50 anos ou mais.

Entre as variáveis que determinam o prognóstico de pacientes diagnosticados com neoplasia colorretal, estão o nível de profundidade da invasão tumoral na parede intestinal, do



acometimento dos linfonodos regionais e de metástases a distância. Quando identificada precocemente, é uma patologia que apresenta um bom prognóstico, sendo a cirurgia o seu tratamento primário, a qual pode ser considerada com intenção curativa, quando promove a remoção completa do tumor primário com margens de segurança somado à ressecção de linfonodos regionais, mesocólon e suprimento vascular. Mesmo no caso de metástases a distância, o tumor deve ser ressecado, sempre que possível, para evitar complicações futuras (obstrução, perfuração e hemorragia). O CCR recentemente é estadiado de acordo com a classificação de tumor, linfonodo e metástases (TNM) pela profundidade mural do tumor primário (T), pela presença de metástases linfonodais locais (N) e pela presença de metástases à distância (M). Na classificação TNM, o câncer de cólon invasivo é classificado do estágio I ao IV (BARILE et al. 2020)

O local onde o tumor ocorre no intestino tem implicações para o tratamento. Ou seja, o câncer de cólon e o câncer retal são dois cânceres distintos que requerem abordagens diferentes, dependendo também do seu estágio. A cirurgia é o principal tratamento curativo para pacientes com CCR sem metástase. Em casos mais avançados de câncer retal, o tratamento neoadjuvante (por exemplo, quimioterapia pré-operatória para câncer de cólon T4 e (quimio)radioterapia para câncer localmente avançado) pode reduzir a carga tumoral e até mesmo o estágio do tumor, e pode ser necessário para otimizar as chances de uma ressecção bem sucedida. Naqueles com doença colorretal obstrutiva, a tomografia computadorizada abdominal também pode avaliar a presença de doença T4 ou estágio IV. Em pacientes com câncer retal, a ressonância magnética pré-operatória da pelve é ainda recomendada para fins de planejamento, bem como para distinguir o tumor em relação à fáscia mesorretal e para avaliar o estágio T. Esta informação é necessária para selecionar pacientes com tumores T3c, T3d e T4 para (quimio)radioterapia pré-operatória. Não existe tratamento neoadjuvante (isto é, antes da cirurgia) aceito para câncer de cólon. No entanto, para câncer retal, radioterapia neoadjuvante ou quimiorradioterapia são recomendadas para câncer em estágio intermediário e avançado para reduzir a taxa de recorrência local. (KUIPERS et al. 2015)

O tratamento do CCR pode incluir cirurgia laparoscópica, radioterapia, imunoterapia, terapia direcionada e quimioterapia paliativa. A maioria dos casos vem de pacientes acima de 50 ou 60 anos no momento do diagnóstico. (ESMEETA et al. 2022). Uma ileostomia em alça ou colostomia em alça, ou colostomias permanentes, são parte essencial da cirurgia para câncer retal e sigmóide, seja para proteger a anastomose ou quando o reto distal é ressecado. Nos casos de obstrução retal, uma colostomia em alça é colocada no lado direito (ascendente). Em pacientes que



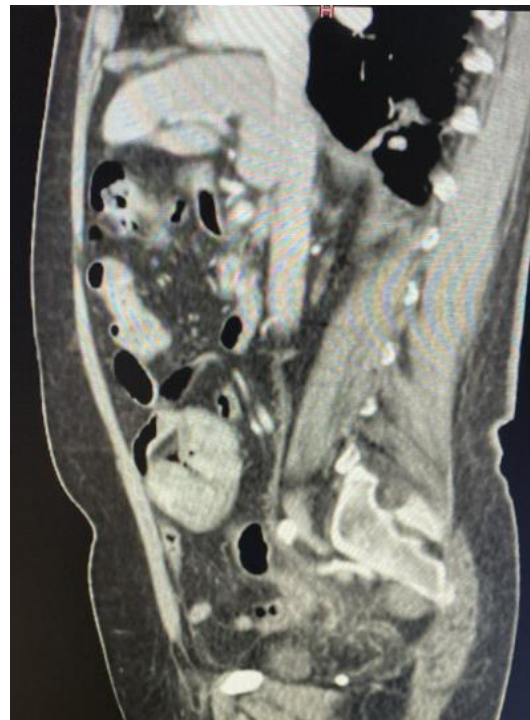
apresentam obstrução (sub)total devido a um tumor do lado esquerdo (descendente), o implante temporário de stent pré-operatório pode ser considerado para reduzir a morbidade perioperatória e os riscos da cirurgia, mas o risco de perfuração deve ser considerado. Para o câncer retal em estágio inicial, a microcirurgia endoscópica transanal (TEM) é uma técnica minimamente invasiva para excisão tumoral local de tumores T1N0 bem diferenciados. A TEM não é recomendada para tumores com pouca probabilidade de serem completamente ressecados, bem como para tumores pouco diferenciados, dado o seu alto risco de recorrência local. A excisão mesorretal total (TME) é a técnica cirúrgica padrão ouro para tumores retais estadiados em T1, T2 e T3 favorável. Em pacientes com tumores retais desfavoráveis, a cirurgia TME só é recomendada após terapia neoadjuvante para reduzir o risco de recorrências locais. (KUIPERS et al. 2015)

A taxa de cura apenas por cirurgia para cânceres de cólon T3, T4a, T4b e N0M0 (estágio II da União para o Controle Internacional do Câncer (UICC)) é alta e apenas aproximadamente 5% dos pacientes se beneficiam da quimioterapia adjuvante. A quimioterapia adjuvante para tumores localmente invasivos é discutível. (KUIPERS et al. 2015) Essa abordagem é vantajosa para pacientes com linfonodos comprometidos, mas sua efetividade parece duvidosa para T3 ou T4, com linfonodos negativos. (COSTA et al. 2010) Além da vigilância endoscópica após a ressecção do câncer, a vigilância de acompanhamento medindo os níveis de antígeno carcinoembrionário (CEA) no plasma e/ou imagens de TC pode detectar recorrência metastática tratável curativamente (KUIPERS et al. 2015).

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente A.R.M, sexo feminino, 75 anos, obesa, assintomática, com hipotireoidismo e síndrome do intestino irritável. Procurou atendimento para realização de exames de rotina. Negava seguimento médico ou exames de rastreio para a idade prévios. Realizada colono, que evidenciou lesão ulcerada em extremidade proximal de cólon ascendente. Logo após, foi encaminhada ao hospital terciário para internação e realização de exames laboratoriais e de imagem com fins de estadiamento da lesão encontrada. Efetuado exame pré operatório Antígeno Carcinoembriogênico (CEA), onde evidenciou-se valor 4,6 ng/ml. Realizada tomografia computadorizada de tórax, onde evidenciou presença de nódulos de contornos definidos, dimensões pequenas, a maioria calcificados, podendo estar relacionados à granulomas. Realizada tomografia computadorizada de abdome total, onde constatou espessamento parietal na região ceco/ascendente, de forma irregular, determinando uma redução da luz com captação ao meio de contraste e linfonodos peri-colônicos, os maiores medindo cerca de 6mm de diâmetro. Foi indicada abordagem cirúrgica para a paciente,

em que no inventário da cavidade evidenciado presença de massa em ângulo hepático aderido ao rim direito e fígado. Optou-se por Colectomia direita com margem proximal à 12cm da valvula ileocecal + Linfadenectomia retroperitoneal + omentectomia + anastomose íleo-cólica llátero-lateral isoperistáltica. Paciente evolui bem, recebeu dieta via oral no quinto dia de pós operatório, e alta no sétimo dia de pós operatório com bom estado geral, boa aceitação dietética e deambulando sem dificuldades. O exame anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma mucossecretor, pouco diferenciado, ulcerado, polipoide, com margens proximal, distal e radial livres de neoplasias, ausência de metástase em 36 linfonodos dissecados (0/36), concluindo estadiamento conforme TNM, em pT4 pN0. Margens cirúrgicas livres e ausência de metástase à distância. Foi encaminhada ao serviço de oncologia para melhor avaliação de tratamento adjuvante.



3 DISCUSSÃO

Na avaliação de antecedentes pessoais e patológicos, os fatores que poderiam ser considerados de risco para a paciente em relação à presença de um CCR são a idade de 75 anos e o relato de histórico familiar com câncer. O CCR é mais comum em idosos, especialmente após os 60 anos, como no caso do paciente desse estudo. A partir dos 60 anos, deve-se realizar colonoscopia ou enema opaco a cada 10 anos. (BALDIM et al. 2022)

O CCR produz, com maior frequência, sintomas pouco perceptíveis aos doentes, até que esteja em fase avançada, assim como relatado no caso em que a paciente estava assintomática.



(MALHEIROS et al. 2005) Ao detectar uma lesão maligna no intestino grosso, a abordagem terapêutica ideal é a ressecção total do tumor. No entanto, antes da cirurgia, deve-se realizar uma investigação para presença de doença metastática, que inclui exame físico completo, exame laboratorial da função hepática, determinação dos níveis plasmáticos do CEA (possui valor prognóstico) e uma TC de tórax, abdome e pelve. A paciente em questão possuía um nível de CEA alterado (4,6 ng/ml, VR não fumantes: 3,8 ng/ml). Uma colonoscopia total com visualização de todo o cólon é indicado a fim de encontrar neoplasias sincrônicas e pólipos (ausentes no caso). (BARILE et al. 2020)

O seu diagnóstico é estabelecido pelo exame histopatológico de espécime tumoral obtido por meio da colonoscopia ou do exame de peça cirúrgica e, seu tratamento é cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico de acordo com o estadiamento da doença (GIRARDON et al. 2022). No caso, o tratamento foi cirúrgico e optou-se pela Colectomia direita + Linfadenectomia retroperitoneal + omentectomia + anastomose íleo-cólica e sem necessidade de terapias adjuvantes pós cirúrgica. Segundo a literatura, para tumores de ceco e cólon ascendente, preconiza-se pela colectomia direita, como foi realizada no caso descrito, e ressecção de pequeno segmento de íleo distal e hemicolectomia direita. (BARILE et al. 2020).

No caso relatado, a paciente apresentava classificação pT4 pN0, que demonstra o tumor em estágio 4 e com a ausência de metástases em 36 linfonodos ressecados (0/36). O estágio patológico está altamente correlacionado com o prognóstico do câncer e, por esse motivo, foi realizada a escolha cirúrgica nesse caso. (CAPPELL, 2008)

A busca ativa de metástases à distância nos pulmões e no fígado por meio de TC de tórax e abdômen é recomendada antes da cirurgia, assim como o CEA, para fornecer um valor basal para vigilância pós-operatória. (GIRARDON et al. 2022) De acordo com o estadiamento, o caso relatado não apresentou metástases à distância. Pacientes com metástases tem uma progressão de sobrevida determinadamente mais curta comparada àqueles sem envolvimento peritoneal. (FRANKO et al. 2012)

Quanto mais cedo for identificada a doença maior será a chance de cura da enfermidade, somado ao tratamento e acompanhamento efetivo, evidenciando assim a importância da ação preventiva na população de risco. Portanto, há necessidade de uma avaliação individual para que seja empregado a melhor escolha de tratamento oncológico, visando o controle da doença e melhor prognóstico. (AHMED, 2020)



4 METODOLOGIA

A partir de um caso médico ocorrido na Santa Casa da Misericórdia de Presidente Prudente, juntamente com seu prontuário médico, foram coletadas informações para realização desse relato de caso. Além disso, foi realizada uma busca de informações em bases de dados.

5 RESULTADOS

O tratamento cirúrgico continua ser a melhor opção nos casos de CCR, onde ao detectar uma lesão maligna no intestino grosso, a abordagem terapêutica ideal é a ressecção total do tumor. Segundo a literatura, para tumores de ceco e cólon ascendente, preconiza-se pela colectomia direita e ressecção de pequeno segmento de íleo distal e hemicolectomia direita. Em um estudo, a quimioterapia adjuvante para tumores localmente invasivos é discutível. Essa abordagem é vantajosa para pacientes com linfonodos comprometidos, mas sua efetividade parece duvidosa para T3 ou T4, com linfonodos negativos.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que o sucesso do prognóstico do câncer de cólon é definido pelo estágio em que ele foi detectado. Por esse motivo, se faz necessário a realização da colonoscopia, principalmente em pessoas acima de 50 anos, visto que é o melhor método para o diagnóstico inicial de CCR, sendo importante sua realização no pré-operatório para a programação cirúrgica. Além disso, hábitos alimentares e predisposição genética estão diretamente ligados ao surgimento e agravamento da doença.



REFERÊNCIAS

AHMED, M. Colon Cancer: A Clinician's Perspective in 2019. *Gastroenterology Research*, v. 13, n. 1, p. 1–10, 2020.

BALDIM, J. A. et al. CÂNCER COLORRETAL SINCRÔNICO: RELATO DE CASO. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218*, v. 3, n. 1, p. e31912–e31912, 2022.

BARILE, H. F. et al. Colectomia em paciente com câncer de cólon: relato de caso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 53, p. e3523, 16 jul. 2020.

CAPPELL M.S, Pathophysiology, Clinical Presentation, and Management of Colon Cancer, *Gastroenterology Clinics of North America*, Volume 37, Issue 1, 2008, Pages 1-24

COSTA, S. R. P. et al. En bloc pancreaticoduodenectomy and right hemicolectomy to treat locally advanced right colon cancer: report of three cases. *Einstein (São Paulo)*, v. 8, n. 1, p. 97–101, mar. 2010.

DENIPOTE, F. G.; TRINDADE, E. B. S. DE M.; BURINI, R. C. Probióticos e prebióticos na atenção primária ao câncer de cólon. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 47, n. 1, p. 93–98, mar. 2010.

ESMEETA, A. et al. Plant-derived bioactive compounds in colon cancer treatment: An updated review. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, v. 153, p. 113384, set. 2022.

FRANKO J, et al. Treatment of colorectal peritoneal carcinomatosis with systemic chemotherapy: a pooled analysis of north central cancer treatment group phase III trials N9741 and N9841. *J Clin Oncol*, 2012;30:263-267

GIRARDON, D. T.; JACOBI, L. F.; MORAES, A. B. DE. Epidemiologia de pacientes com câncer colorretal submetidos a tratamento cirúrgico em hospital público de referência. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, v. 10, n. 1, 16 fev. 2022.

HADJIPETROU, A. et al. Colorectal cancer, screening and primary care: A mini literature review. *World Journal of Gastroenterology*, v. 23, n. 33, p. 6049–6058, 7 set. 2017.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2019.

KUIPERS, E. J. et al. Colorectal cancer. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 1, n. 15065, p. 15065, 5 nov. 2015.

MALHEIROS APR, TEIXEIRA MG, HABR-GAMA A, ALCÂNTARA PSM. Resultados do tratamento cirúrgico do câncer colo-retal em doentes de idade até 64 anos e de 65 anos ou mais. *Rev bras Coloproct*, 2005;25(2):128-136.