



Tumor de Cólon com abscesso e apendicite aguda: Um relato de caso

Colon tumor with abscess and acute appendicitis: A case report

DOI: 10.56238/isevjhv3n4-011

Recebimento dos originais: 11/07/2024

Aceitação para publicação: 31/07/2024

Helen Brambila Jorge Pareja

Mestrado em Ciências da Saúde

Universidade do Oeste Paulista

ID lattes: 8792800011270177

E-mail: brambila_hj@hotmail.com

Samer Majid Ghadie

Graduado em Medicina

Universidade do Oeste Paulista

ID lattes: 1991192270896411

E-mail: samerghadie@hotmail.com

Catarina de Lima Corral

Graduanda em Medicina

Universidade do Oeste Paulista

ID lattes: 1605807339517119

E-mail: catarinadlcorral@hotmail.com

João Marcos Dias da Silva

Graduando em Medicina

Universidade do Oeste Paulista

ID lattes: 9324977361265938

E-mail: joaomarcosdias2004@gmail.com

Silmara Gomes Pinheiro

Graduanda em Medicina

Universidade do Oeste Paulista

ID lattes: 0187886494491078

E-mail: silmara.gpinheiro@gmail.com

RESUMO

Introdução: O câncer colorretal (CCR) 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. No entanto, complicações como a formação de abscesso, sangramento, perfuração e obstrução surgem em alguns pacientes com câncer de cólon. O fator de risco mais importante é a história familiar de CCR e a predisposição genética ao desenvolvimento de doenças crônicas do intestino, além de dieta, consumo excessivo de álcool e tabagismo. Quando identificada precocemente, é uma patologia que apresenta um bom prognóstico, por isso evidencia-se a importância da colonoscopia como exame de rastreio. **Objetivo:** demonstrar a importância de exames para identificar precocemente o câncer de

cólon a fim de um melhor prognóstico e evitar possíveis complicações. 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 CCR tem como característica o aparecimento de metástases. Além disso, esse tipo de neoplasia ocorre mais comumente em idosos, como no caso da paciente deste estudo. A conduta médica depende da avaliação conjunta do quadro clínico-laboratorial-radiológico apresentado pelo paciente, e seu tratamento varia de acordo com o estadiamento. Conclusão: O tratamento do CCR varia entre ressecção endoscópica de pólipos malignos, cirurgia isolada e cirurgia associada a quimioterapia. Portanto, identificar a doença o mais cedo possível aumenta significativamente as chances de cura, juntamente com um tratamento e acompanhamento adequados.

Palavras-chave: Câncer de Cólon, Complicações, Tratamento.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de cólon é um tumor maligno no qual se configura como sendo a segunda causa mais frequente de mortalidade dentre os cânceres, independentemente do sexo afetado e considerado o terceiro tipo de câncer mais comum em todo o mundo (FIDELLE et al. 2020). O cólon é parte integrante do intestino grosso, compreendido em ceco, cólon ascendente, cólon transversal, cólon descendente, cólon sigmoide, reto e canal anal (TODARO et al. 2010). Este tipo de neoplasia possui uma taxa de sobrevivência de 91% se detectada no estágio I da doença, enquanto se detectada no estágio IV essa taxa reduz para 11% (BADER et al. 2018), e com diversos métodos de tratamentos houve melhoras significativas em relação à qualidade de vida e à taxa de sobrevivência dos pacientes (ZHOU et al. 2023).

No entanto, complicações como a formação de abscesso, sangramento, perfuração e obstrução surgem em alguns pacientes com câncer de cólon. Com isso, é de extrema importância a análise de uma condição rara que possui uma incidência de apenas 0,3%, o abscesso retroperitoneal. Sendo este causado por tumores no cólon ascendente e descendente devido à invasão e perfuração tumoral. Portanto, tratar ativamente o abscesso e, em seguida, fazer a transição para o tratamento padrão do câncer de cólon pode evitar a morte do paciente e melhorar a qualidade do tratamento (ZHOU et al. 2023).

Além disso, o câncer colorretal está associado a muitas etiologias que desempenham um grande papel no desenvolvimento do câncer, incluindo fatores ambientais como a obesidade, dieta, diabetes e inflamação, alterações genéticas e epigenéticas que resultam na transformação da mucosa normal em adenocarcinoma (LOU et al. 2019). As neoplasias colorretais são denominadas esporádicas em 60% a 65% dos casos, nos indivíduos que não possuem uma predisposição genética



ou sem histórico familiar para o câncer de cólon. Sendo assim, frequentemente associado a fatores de risco relacionados a estilo de vida, consumo de álcool, tabagismo e dieta (FIDELLE et al. 2020). 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).

O início do desenvolvimento do CCR começa com o crescimento do tecido da membrana mucosa, recebendo o nome de pólipos, este que é um tumor inicialmente não canceroso que pode se desenvolver tanto no cólon quanto na parede interna do reto, com o passar do tempo os pólipos desenvolvem grande potencial cancerígeno e podem ser fatais se não forem removidos de forma precoce, os pólipos apresentam diversas formas no CCR como adenomas tubulares, adenomas vilosos, adenomas tubulovilosos, adenomas serrilhados, inflamatórios e hiperplásicos (ESMEETA et al. 2022).

Pólipos de adenoma se manifestam quando o tecido passou por mutações e se multiplicou e se tornou um tecido com grande chance de desenvolver malignidade, na maioria dos CCR surgem no estágio de cripta aberrante que progride para adenoma inicial e depois para adenoma avançado ultrapassando 1 cm de crescimento quando observado, as características do câncer colorretal são desenvolvidas à medida que as mutações genéticas se acumulam, por novos estudos se associam epigenéticas e instabilidade gênica a lesões neoplásicas no cólon como adenomas, pólipos e focos de criptas aberrantes (ESMEETA et al. 2022). Ainda os pólipos podem adentrar a mucosa chegando aos linfonodos e tecidos adjacentes e podem causar metástase, o CCR pode se metastatizar para ossos, pulmões e pâncreas pela via hematogênica, pelo fígado através da V.porta e para o peritônio (AHMED, 2020).

Os sinais e sintomas do CCR dependem de acordo com a localização da neoplasia, no câncer de cólon direito se tem a presença de anemia ferropriva e perda de sangue nas fezes devido a ulcerações, nesse caso a chance de obstrução fecal é pouca já que apresenta um tamanho maior que o cólon do lado esquerdo. No câncer de cólon esquerdo se tem os sintomas de mudança no hábito intestinal (constipação e diarreia), cólicas, gases e dores abdominais persistentes. Esses sintomas vêm do fato de o cólon esquerdo ser de menor calibre e conter fezes semissólidas invés de líquidas (AHMED, 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, portanto, evidencia-se a importância do exame de rastreio através da colonoscopia, principalmente em pacientes com 50 anos ou mais (ESMEETA et al. 2022). Durante a colonoscopia os pólipos serão removidos e biopsiados para realizar um diagnóstico patológico. O exame anatomopatológico de múltiplas biópsias colônicas e a análise citológica de escovações de estenose são geralmente utilizados como diagnóstico (CAPPEL, 2008).

A TC (tomografia computadorizada) possui uma precisão de aproximadamente 85% na detecção de metástases hepáticas, enquanto a ressonância magnética é utilizada na detecção de metástases hepáticas focais, particularmente pequenas, por ser considerada mais precisa que a TC para esse diagnóstico. A endossonografia tem sido mais utilizada para o estadiamento do câncer retal (CAPPEL, 2008).

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) (BARILE et al. 2020).

O tratamento realizado vai depender da pontuação TNM (FIDELLE et al. 2020). Essa pontuação é realizada considerando o sistema de estadiamento TNM de Classificação dos Tumores Malignos que se baseia na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N), e a presença ou ausência de metástases (M) (INCA, 2022).

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 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 (KUIPERS et al. 2015).

O principal tratamento para o câncer de cólon é a ressecção cirúrgica do tumor, para tumores que estão em estágio III ou estágio II de alto risco é necessário uma terapia adjuvante baseada em

quimioterapia, que utiliza o FOLFOX (5-FU/leucovorina/oxaliplatina) como tratamento padrão, que deve ser realizada antes da cirurgia com o objetivo de reduzir a carga tumoral e a recorrência. Para as doenças metastáticas é utilizado a imunoterapia (FIDELLE et al. 2020).

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente R.T.A, sexo feminino, 69 anos, obesa, hipertensa. Procurou atendimento referindo-se que há 1 mês vinha apresentando dor abdominal difusa, prostração, perda de peso, mal estar e ao exame físico apresentou massa palpável em hipocôndrio direito. Realizada tomografia computadorizada do abdome superior, onde evidenciou presença de lesão expansiva lobulada na parede do cólon ascendente, que protrui para a sua luz e determina oclusão/suboclusão da mesma e distensão do cólon ascendente e de alças de delgado com nível líquido. Realizada tomografia computadorizada do tórax, onde constatou múltiplas imagens nodulares distribuídas aleatoriamente por ambos os pulmões, medindo até 15 mm, compatíveis com lesões secundárias. Foi indicada abordagem cirúrgica para a paciente, devido a identificação de neoplasia maligna do cólon direito com metástase hepática e pulmonar. Optou-se por colectomia direita ampliada + omentectomia + sutura de veia mesentérica inferior + lavagem de cavidade + coloenteroanastomose por tumor de ângulo esplênico avançado invadindo veia mesentérica com pus na cavidade abdominal e apendicite aguda supurada. Paciente evolui muito bem, recebendo dieta via oral no quinto dia de pós-operatório, recebeu alta no sexto dia.





3 DISCUSSÃO

O câncer colorretal tem como característica o aparecimento de metástase, aquelas que são observadas no momento do diagnóstico compõem cerca de 25% dos casos, enquanto outros 20% dos casos apresentam a metástase ao longo do curso da doença (MILLER et al, 2024). A paciente do caso apresentou metástase no fígado que foi descoberta junto do diagnóstico da doença, sendo essa uma característica comum nesse tipo de neoplasia maligna. Além disso, esse tipo de neoplasia ocorre mais comumente em idosos, especialmente após os 60 anos, como no caso da paciente deste estudo (BALDIM et al. 2022).

A busca ativa de metástases pulmonares e hepáticas por TC torácica e abdominal é recomendada no pré-operatório, assim como a CEA, para fornecer uma base para o monitoramento pós-operatório (GIRARDON et al. 2022).

O diagnóstico é estabelecido pelos exames anatomopatológico, imuno histoquímico e de hibridização "in situ". Sendo procedimentos médicos complexos, que envolvem alterações encontradas no estudo microscópico da lesão. Diversos fatores podem influenciar essa interpretação. Assim, a conduta médica frente ao diagnóstico depende da avaliação conjunta do quadro clínico-laboratorial-radiológico apresentado pelo paciente (GIRARDON et al. 2022). No caso relatado, a



paciente apresentava um quadro histopatológico associado ao perfil imuno histoquímico compatível com adenocarcinoma moderadamente diferenciado, infiltrativo colônico.

O tratamento do câncer colorretal varia de acordo com o seu estadiamento, variando entre ressecção endoscópica de pólipos malignos, cirurgia isolada e cirurgia associada a quimioterapia (AHMED, 2020). No caso relatado foi realizado um dos tratamentos preconizados, a cirurgia isolada, sendo essa a colectomia direita ampliada.

Identificar a doença o mais cedo possível aumenta significativamente as chances de cura, juntamente com um tratamento e acompanhamento adequados, destacando a relevância da prevenção em pessoas de grupos de risco. Por isso, é fundamental realizar uma avaliação personalizada para determinar a melhor abordagem terapêutica contra o câncer, visando a eficácia no controle da enfermidade e um prognóstico mais favorável (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 câncer colorretal tem como característica o aparecimento de metástases, visto que a paciente do caso apresentou metástase no fígado que foi descoberta junto do diagnóstico da doença. Além disso, esse tipo de neoplasia ocorre mais comumente em idosos, como no caso da paciente deste estudo. A conduta médica depende da avaliação conjunta do quadro clínico-laboratorial-radiológico apresentado pelo paciente, e seu tratamento varia de acordo com o estadiamento, variando entre ressecção endoscópica de pólipos malignos, cirurgia isolada e cirurgia associada a quimioterapia.

6 CONCLUSÃO

O tratamento do câncer colorretal varia entre ressecção endoscópica de pólipos malignos, cirurgia isolada e cirurgia associada a quimioterapia. Portanto, identificar a doença o mais cedo possível aumenta significativamente as chances de cura, juntamente com um tratamento e acompanhamento adequados, destacando a relevância da prevenção em pessoas de grupos de risco.



REFERÊNCIAS

- AHMED, M. Colon Cancer: A Clinician's Perspective in 2019. *Gastroenterology Research*, v. 13, n. 1, p. 1–10, 1 fev. 2020.
- BADER, J. E. et al. Macrophage depletion using clodronate liposomes decreases tumorigenesis and alters gut microbiota in the AOM/DSS mouse model of colon cancer. *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology*, v. 314, n. 1, p. G22–G31, 1 jan. 2018.
- 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*, v. 37, n. 1, p. 1–24, mar. 2008.
- ESMEETA, A. et al. Plant-derived bioactive compounds in colon cancer treatment: An updated review. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, v. 153, p. 113384, set. 2022.
- FIDELLE, M. et al. Resolving the Paradox of Colon Cancer Through the Integration of Genetics, Immunology, and the Microbiota. *Frontiers in Immunology*, v. 11, 14 dez. 2020.
- 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.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Estadiamento. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/como-surge-o-cancer/estadiamento>. Acesso em: 04 de maio de 2024.
- KUIPERS, E. J. et al. Colorectal cancer. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 1, n. 15065, p. 15065, 5 nov. 2015.
- LUO, Y. et al. Intestinal PPAR α Protects Against Colon Carcinogenesis via Regulation of Methyltransferases DNMT1 and PRMT6. *Gastroenterology*, v. 157, n. 3, p. 744-759.e4, 1 set. 2019.
- MILLER, E. D. et al. Consideration of Metastasis-Directed Therapy for Patients With Metastatic Colorectal Cancer: Expert Survey and Systematic Review. *Clinical colorectal cancer*, v. 23, n. 2, p. 160–173, 1 jun. 2024.
- TODARO, M. et al. Colon Cancer Stem Cells: Promise of Targeted Therapy. *Gastroenterology*, v. 138, n. 6, p. 2151–2162, maio 2010.
- ZHOU, J. et al. Retroperitoneal abscess as a presentation of colon cancer: The largest case set analysis to date, which extracted from our unit and the literature. *Frontiers in Oncology*, v. 13, 24 out. 2023.