

ADENOCARCINOMA DE CÓLON DESCENDENTE ULCERADO AO MESOCÓLON: RELATO DE CASO
ADENOCARCINOMA OF ULCERATED DESCENDING COLON TO MESOCOLON: CASE REPORT

Eduardo Alexandre Souza Gois¹, Moana Machado Barbosa¹, Rosamaria Rodrigues Gomes¹, Robério Silva Melo²

RESUMO

O câncer colorretal é a quinta causa de morte mais comum por câncer e sua etiologia está relacionada com fatores ambientais, como raça, idade, álcool, tabagismo, dieta, doenças inflamatórias intestinais, além de fatores genéticos que têm sido descritos em até 25% dos pacientes. Sintomas prevalentes são alterações intestinais, emagrecimento, sangramento e dor retal, massa palpável abdominal e muco nas fezes. Os tumores de cólon são curáveis quando detectados a tempo e a cirurgia ainda permanece o único tratamento curativo para o câncer de cólon. O estadiamento é o fator mais importante para avaliar depois da cirurgia a sobrevida dos pacientes.

Descritores: neoplasias do colo, neoplasias colorretais, adenocarcinoma, anastomose cirúrgica, colectomia.

ABSTRACT

Colorrectal cancer is the fifth most common cause of cancer death and its etiology is related to environmental issues, like race, age, alcohol, smoking, diet, inflammatory bowel diseases, apart from genetic factors that have been found in 25% of patients. Some prevalent symptoms are changes in bowel movements, loss of weight, rectal pain and bleeding, palpable tumor in the abdomen, and mucus in the feces. Colon's tumors are curable when detected on time and the surgery is until now the only curable treatment for this kind of cancer. Staging the resected tumor is a key factor in determining how long the patient will live after surgery.

Key-words: colonic neoplasms, colorectal neoplasms, adenocarcinoma, , surgical anastomosis colectomy.

INTRODUÇÃO

O câncer de cólon é o terceiro tipo de câncer mais diagnosticado em ambos os sexos nos Estados Unidos, onde a expectativa é de 150.000 novos casos anuais.¹ No Brasil, é a quinta causa de morte mais comum por câncer.² A etiologia da maioria dos casos parece relacionada com fatores ambientais.³ Raça, idade, álcool, tabagismo, dieta calórica e rica em gordura, retocolite ulcerativa e doença de Crohn são citados como fatores de risco para o seu surgimento.^{3,4}

A sintomatologia varia de acordo com sua localização: tumores do ceco e de cólon ascendente podem crescer bastante antes de causar sintomas obstrutivos ou outras alterações nos hábitos intestinais; enquanto os de cólon direito costumam ulcerar, causando uma perda sanguínea crônica e insidiosa que não altera o aspecto das fezes; os de cólon transversal e descendente tendem a obstruir a passagem das fezes, gerando cólicas, obstruções parciais e até perfurações; lesões no reto sigmoide, por sua vez, levam a hematoquezia, tenesmo e diminuição no calibre das fezes.^{3,5}

Para o câncer de cólon, sugere-se estadiar segundo a classificação TNM e de Dukes e/ou Astler-Coller.³

Costuma ser uma doença tratável e frequentemente curável, sendo a cirurgia o seu tratamento primário.⁶ Pode ter a intenção curativa, quando se remove completamente o tumor primário, órgãos e estruturas localmente comprometidas e metástases identificadas, observados os preceitos técnicos oncológicos, ou intenção paliativa, quando sua finalidade é aliviar ou reduzir os sintomas em pacientes que não tenham condições de cura por ressecção.⁷ O seguimento dos pacientes deve ser realizado por um período de cinco anos desde a data de diagnóstico.⁸

RELATO DE CASO

Homem, 66 anos, aposentado, procurou ambulatório queixando-se de um “caroço na barriga”. Relatou que há cerca de um ano notou o aparecimento de uma massa palpável no flanco esquerdo, associada a uma discreta dor que se irradiava para abdome superior e dorso. Foi relatada diarreia fétida, espumosa, explosiva, com frequência média de seis episódios por dia, além de dois episódios de enterorragia volumosa. Houve perda ponderal de aproximadamente dez quilogramas e progressiva astenia. Sobre sua história pregressa, o paciente informou ser tabagista e etilista há mais de quarenta anos, consumindo cinco cigarros e 50 gramas de álcool por dia. Negou ser portador de *Diabetes mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, doença de Chagas, alergias alimentares e medicamentosas bem como o uso atual de medicação. Passado cirúrgico de osteossíntese de tíbias devido a fratura por trauma. Não soube dar informações sobre seus antecedentes familiares.

Exame físico: apresentava-se em regular estado geral, anictérico, acianótico, com mucosas conjuntivais hidratadas e hipocoradas (3+/4+). O abdome encontrava-se semigloboso, algo tenso, hipertimpânico, doloroso à palpação em hipocôndrio e flanco esquerdos. Nessas regiões, palpava-se uma massa única, endurecida, semifixa, medindo aproximadamente dez centímetros e maciça à percussão. No aparelho geniturinário, no toque retal e nas extremidades não se observaram alterações.

Exames complementares: hemograma com hematócrito de 26% e hemoglobina de 8,6 g/dL; funções renal e hepática, eletrólitos, coagulograma e exame de urina dentro dos padrões de normalidade. Radiografia de tórax evidenciou uma área hipotransparente mediastinal e a tomografia mostrou pulmões hipotransparentes sem adenomegalias ou derrame pleural, linfonodo hilar esquerdo calcificado e calcificação parietal na crossa da aorta. O eletrocardiograma não apresentou anormalidades, e no ecocardiograma constatou-se esclerose

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 13, n. 1, p. 22 - 25, 2011

1. Acadêmico (a) do curso de Medicina - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

2. Mestre em Gastroenterologia Cirúrgica - UNIFESP -, professor adjunto do Depto. de Cirurgia - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas.

Recebido em 1/1/2010. Aceito para publicação em 23/9/2010.

Contato: eduardoasgois@yahoo.com.br

valvar mitral e aórtica, além de discreta insuficiência mitral. Radiografia de abdome evidenciou hipertrasparência e alguns níveis hidroaéreos difusamente e a tomografia mostrou lesão de aspecto neoplásico, muito provavelmente relacionada ao cólon esquerdo, com sinais de invasão pancreática.

À endoscopia digestiva alta, o estômago apresentava compressão extrínseca da parede posterior.

Na colonoscopia observou-se tumoração vegetante e multilobulada em flexura esplênica (Figura 1).

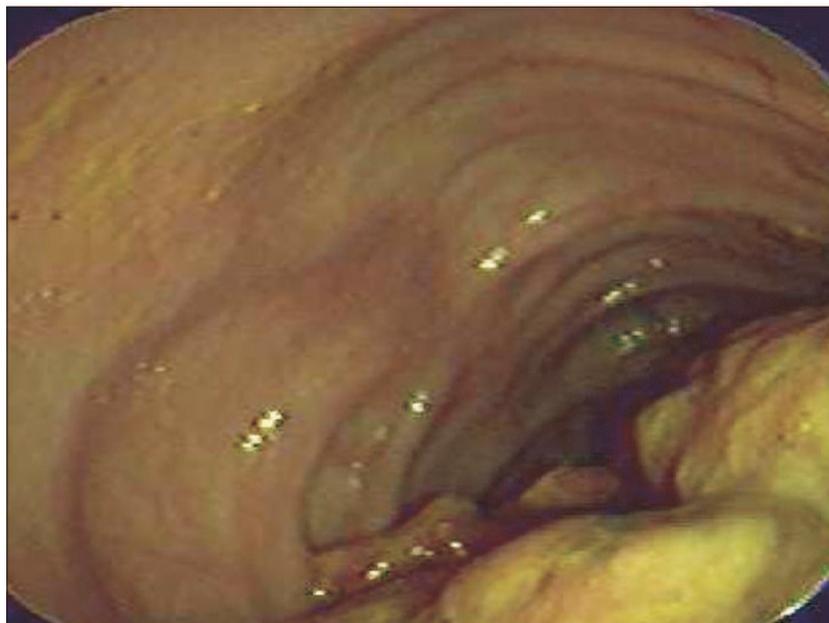


Figura 1. Tumoração vegetante e multilobulada em flexura esplênica

Foi escolhido tratar cirurgicamente esse paciente. O procedimento cirúrgico consistiu em laparotomia exploradora com colectomia esquerda e anastomose cólon-colônica. Após a retirada do tumor, a peça foi encaminhada ao patologista que

observou um adenocarcinoma infiltrante de cólon descendente, ulcerado ao mesocólon (Figuras 2 e 3).

Após a cirurgia, o paciente evoluiu bem obtendo alta sem intercorrências.



Figura 2. Peça cirúrgica do adenocarcinoma infiltrante de cólon descendente

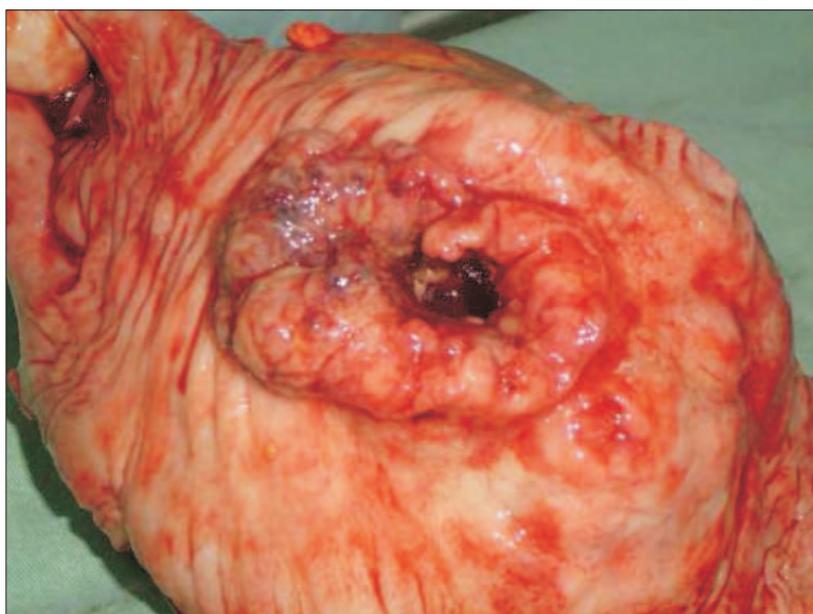


Figura 3. Adenocarcinoma infiltrante de cólon descendente, ulcerado ao mesocólon.

DISCUSSÃO

O câncer colorretal é uma doença insidiosa, com manifestação clínica tardia, sendo diagnosticada em etapa avançada,⁹ sendo a média da idade de diagnóstico em torno dos 63 anos e a prevalência um pouco maior em mulheres.¹⁰

O paciente, homem, 66 anos, queixava-se de um “caroço na barriga” cujo maior diâmetro foi estimado em dez centímetros nas regiões de hipocôndrio e flanco esquerdos. Referiu emagrecimento de aproximadamente dez quilogramas no último ano, astenia e apresentava sinais de consumo muscular. Exames laboratoriais mostraram hematócrito de 26% e hemoglobina de 8,6 g/dL. Foram levantadas as hipóteses diagnósticas de síndrome consumptiva ou emaciação.

Esta é uma desordem metabólica altamente complexa que envolve fatores como anorexia, anemia, lipólise, ativação de resposta de fase aguda e resistência insulínica, manifestando-se nos pacientes sob a forma de perda de massa magra, com consumo dos músculos esqueléticos, contribuindo para cerca de 33% das mortes em pacientes com câncer.¹¹ Um conjunto de proteínas inflamatórias, incluindo citocinas, interferon-gama e fator de necrose tumoral, encontra-se elevado no sangue periférico de pacientes oncológicos e é responsável pelo consumo muscular e pela inibição da síntese proteica.¹²

Exames de imagem apontaram uma lesão de aspecto neoplásico em cólon esquerdo, confirmado pelo histopatológico como um adenocarcinoma infiltrante. Na literatura, encontramos que 15% dos tumores colônicos se localizam no cólon esquerdo.¹⁰ Utiliza-se o termo câncer colorretal localmente avançado quando se refere a tumores infiltrantes ou aderentes a órgãos adjacentes e/ou a estruturas em pacientes sem metástase a distância, sendo este tipo de tumor o responsável por 5% a 22% dos carcinomas colorretais.¹³

Nos antecedentes pessoais deste paciente, pelo menos dois fatores de risco para câncer são claramente identificados: tabagismo e etilismo. Embora não haja consenso sobre a influência do tabagismo na gênese deste câncer, encontramos um estudo no qual foi observado um aumento de risco relativo (RR = 1,94; IC 95% 1,13 - 3,35; $p \geq 0,008$) para indivíduos que fumavam há pelo menos 35 anos, quando comparados aos não fumantes;

ressalta-se que o risco relativo aumenta proporcionalmente ao tempo de hábito tabagista.¹⁴ Um estudo demonstrou forte correlação positiva entre consumo de álcool e taxas de mortalidade por neoplasia de cólon, em ambos os sexos ($p = 0,0001$);¹⁵ em outro estudo, 70% dos entrevistados relataram ingerir bebida destilada, observando associação entre ingestão de álcool e desenvolvimento de câncer de cólon e reto com presença de dose-resposta; RR igual a 1,5 (IC 95% 1,0 - 2,4) para os indivíduos que bebiam de 1-30 ml por dia, e RR de 1,9 (IC 95% 1,3 - 2,9) para aqueles que consumiam 30 ml ou mais de álcool por dia, quando comparados com pessoas que não ingeriam bebidas alcoólicas.¹⁴

É importante ressaltar que os tumores de cólon são curáveis em uma porcentagem significativa de pacientes quando detectados a tempo.¹⁶ A cirurgia ainda permanece o único tratamento curativo para o câncer de cólon, sendo a ressecção ampla ou multivisceral (ressecção em bloco órgãos e/ou estruturas vizinhas ao tumor) a técnica recomendada nos casos de tumores localmente avançados.¹³

Pacientes que foram submetidos a cirurgias paliativas tiveram maiores taxas de complicação (77,8% contra 53,5%) e mortalidade pós-operatória (66,7% contra 18,6%) quando comparados com os procedimentos curativos.¹³

Estadiar o tumor ressecado é o fator mais importante para avaliar a sobrevida dos pacientes.¹⁷ O paciente deste caso apresentava lesão extensa para além da serosa, ulcerada ao mesocólon, acometimento de linfonodos regionais, sem metástase a distância, sendo o tumor classificado como T3N1M0, estágio III ou Dukes C. Ressecções extensas durante cirurgias curativas são o melhor tratamento para pacientes com câncer colorretal localmente avançado; entretanto, durante o procedimento cirúrgico, no momento da dissecação do tumor e da identificação das estruturas adjacentes, pode haver a manipulação e carreamento de células neoplásicas na superfície peritoneal, resultando em mau prognóstico; metástase para linfonodos e a infiltração para órgãos adjacentes são indicadores de prognóstico ruim.¹³

Ao mesmo tempo em que observamos que 81% dos pacientes com câncer do cólon não necessitam de terapia adjuvante,¹⁰ para alguns estágios da doença esse adjuvante terapêutico mostra-se bastante eficaz. A quimioterapia aumenta as taxas de cura em pacientes com estadiamento III ou Dukes C; todavia, quando o câncer de cólon tem metástase a distância (estádio IV ou Dukes D), é incurável na imensa maioria dos casos, a não ser quando existir a possibilidade de ressecção cirúrgica das metástases.¹⁶

Melhoria nos métodos de estadiamento, cuidados pré e pós-operatórios, cuidados intensivos e experiência da equipe cirúrgica resultaram em diminuição significativa das taxas de complicações e óbitos pós-operatórios.¹³ Embora não tenha sido possível fazer o seguimento do paciente deste caso, este acompanhamento deve ser realizado principalmente com os pacientes que foram estadiados como II ou III (Dukes B2 ou C), e tem por objetivo detectar os casos de recorrência antes que surjam as manifestações clínicas.

Apesar dos avanços alcançados nos últimos anos, praticamente metade dos pacientes morre devido à progressão da doença.¹⁶ O prognóstico não tem variado de forma significativa devido ao diagnóstico em etapas avançadas,¹⁰ como no caso relatado. Melhorias na prevenção primária e secundária, novas modalidades terapêuticas e melhores agentes quimioterápicos são necessários para melhorar a sobrevida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

- Jucá MJ. Sobrevida no câncer de cólon: análise da influência da localização do tumor. In: Reis Neto JA. Coloproctologia atual [Internet] [acesso em 17 jun. 2009]. Disponível em: http://www.proctosite.com/library/books/livro_reis_novo/cap21.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de câncer. Dados estatísticos, 2000 [Internet]. Disponível em: www.inca.org.br.
- Mayer RJ. Câncer do trato gastrointestinal. In: Kasper DL, editor. Harrison: medicina interna. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2006. cap.77, p. 550-9.
- Cruz GMG. Tratamento cirúrgico do câncer nos cólons. In: Reis Neto JA. Coloproctologia atual [Internet] [acesso em 17 jun. 2009]. Disponível em: http://www.proctosite.com/library/books/livro_reis_novo/cap20.pdf.
- Carneiro Neto JD, Barreto JBP, Freitas NS, Queiroz MA. Câncer colorretal: características clínicas e anatomopatológicas em pacientes com idade inferior a 40 anos. Rev Bras Coloproctol. 2006; 26(4):430-5.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Falando sobre câncer do intestino. Brasília: INCA; 2003.
- Cordeiro F, Yamaguchi NH, Habr-Gama A, Reinan RJ, Abramoff R, Perdicaris M, et al. Diagnóstico, estadiamento e tratamento cirúrgico e multidisciplinar do câncer colorretal. Brasília: AMB/CFM; 2001.
- Benítez CJ. Câncer de colon y recto. Rev Soc Chil Gastroenterol. 2001; 12:162-9.
- Leme RCP, Pereira KG, Coutinho FG, Assis BR, Leme MBP. Existe diferença no estadiamento entre doentes operados de câncer colorretal no sistema previdenciário e na clínica privada? Rev Col Bras Cir. 2007; 34(3):166-9.
- Zuñiga A, López-K Francisco. Análisis uni y multivariado de los factores pronósticos em cáncer de colon. Rev Chil Cir. 2005; 57(2):143-8.
- Acharyya S, Ladner KJ, Nelsen LL, Damrauer J, Reiser PJ, Swoap S, et al. Cancer cachexia is regulated by selective targeting of skeletal muscle gene products. J Clin Invest. 2004; 114:370-8.
- Langen RC, Schols AM, Kelders MC, Wouters EF, Janssen-Heininger YM. Inflammatory cytokines inhibit myogenic differentiation through activation of nuclear factor-kappa B. FASEB J. 2001; 15:1169-80.
- Vieira RAC, Lopes A, Almeida PAC, Rossi BM, Nakagawa WT, Ferreira FO, et al. Prognostic factors in locally advanced colon cancer treated by extended resection. Rev Hosp Clín Fac Med São Paulo. 2004; 59(6):361-8.
- Neves FJ. Mortalidade por câncer de cólon e reto e perfil de consumo alimentar em capitais brasileiras [dissertação]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.
- Cruz GMG, Ferreira RMRS, Neves PM. Cirurgias para câncer retal: estudo retrospectivo de 380 pacientes submetidos à cirurgia para câncer retal, ao longo de quatro décadas. Rev Bras Coloproctol. 2005; 25(4):309-31.
- Diaz-Canton E, Pazdur R. Tratamiento medico del cancer colorrectal. Medicina (B. Aires). 1996; 56(4):414-22.
- Milano MC, Wainstein R, Otero CAG, Tomadoni AE. Cancer de colon y recto: cirugía - ¿Hay algo mas? Medicina (B. Aires). 1996; 56(4):423-9.