



TRATAMENTO COLONOSCÓPICO PARA ADENOCARCINOMA DE RETO EM ESTÁGIO INICIAL

 <https://doi.org/10.56238/levv15n41-091>

Data de submissão: 24/09/2024

Data de publicação: 24/10/2024

Helen Brambila Jorge Pareja

Dra.
Orientadora
Cirurgiã Geral e do Ap. Digestivo
Universidade do Oeste Paulista
E-mail: Brambila_hj@hotmail.com

Elisangela Maria Nicolete Rampazzio

Acadêmica de Medicina
Universidade do Oeste Paulista
E-mail: Lis.nicolete@gmail.com

Luiza Queiroz Pettinate

Médica, clínica geral
Universidade do Oeste Paulista
E-mail: luizapettinate@gmail.com

Armando Carromeu Dias Pioch

Médico, clínica geral
Universidade do Oeste Paulista
E-mail: armando.pioch@gmail.com

Gabriel Trevisan Del Hoyo

Acadêmico de Medicina
Universidade do Oeste Paulista
E-mail: gabrieldelhoyo@hotmail.com

Guilherme Guardachoni de Padua Calixto

Acadêmico de Medicina
Universidade do Oeste Paulista
E-mail: Guiguardachoni@hotmail.com

Julyana Santos Fraga

Acadêmica de Medicina
Universidade do Oeste Paulista
E-mail: julyanafraga8@gmail.com

Arthur Oliveira de Alencar

Acadêmico de Medicina
Universidade do Oeste Paulista
E-mail: arthuralencar019@gmail.com



Maria Eduarda Barros Vedovati
Acadêmica de Medicina
Universidade do Oeste Paulista
E-mail: Dudavedovati@gmail.com

Aline Lemos Marciano Severino
Acadêmica de Medicina
Universidade do Oeste Paulista
E-mail: Contato.alinelemos@hotmail.com

RESUMO

O câncer colorretal é uma neoplasia maligna que surge no cólon ou reto, caracterizada pelo crescimento descontrolado de células epiteliais, formando tumores invasivos que podem metastatizar. É a terceira neoplasia mais comum globalmente, com cerca de 1,9 milhões de novos casos por ano. No Brasil, em 2022, registraram-se 5.573 mortes por câncer retal, com uma alta incidência entre mulheres e uma preocupação crescente em faixas etárias mais jovens. Fatores de risco incluem Diabetes Mellitus tipo II, uso de anti-inflamatórios, tabagismo e obesidade, que está relacionado a inflamações crônicas e alterações hormonais que favorecem o câncer. Cerca de 20% dos pacientes com tumores não metastáticos podem desenvolver metástases, afetando frequentemente o trato gastrointestinal e órgãos como fígado e pulmões. O tratamento principal envolve cirurgia e, em alguns casos, radioterapia. A triagem recomendada para pessoas a partir dos 50 anos inclui colonoscopia, com sugestões recentes de iniciar o rastreio cinco anos antes, devido ao aumento global da incidência nestas patologias.

Palavras-chave: Câncer Colorretal. Rastreio. Cirurgia. Tratamento.

1 INTRODUÇÃO

O câncer colorretal é uma neoplasia maligna que surge no cólon ou no reto, marcada pelo crescimento desordenado de células epiteliais, formando tumores invasivos com potencial de se disseminar para outros órgãos. Diversos mecanismos fisiopatológicos estão envolvidos nesse processo, incluindo proliferação celular anômala, resistência à apoptose, invasão de estruturas próximas e metástase para locais distantes¹.

O câncer colorretal é amplamente reconhecido como o terceiro mais frequente no mundo em termos de novos casos, sendo o adenoma o subtipo predominante e responsável pela segunda maior taxa de mortalidade entre os tipos de câncer. Globalmente, são diagnosticados cerca de 1,9 milhões de novos casos por ano^{2,4}. No Brasil, somente em 2022, foram registrados 13.921 óbitos atribuídos ao câncer primário do cólon, com 51% dos casos afetando mulheres, e 5.573 óbitos por câncer retal, sendo este último na faixa etária dos 50 aos 69 anos predominante³. Nos últimos 10 anos, tem-se observado um aumento da doença em populações mais jovens, reforçando sua relevância como uma preocupação crescente de saúde pública⁶.

O câncer de cólon e reto tem sido associado a diversos fatores de risco, como o Diabetes Mellitus tipo II, o uso de anti-inflamatórios não esteroidais, o tabagismo, o consumo prolongado de álcool e o uso de ácido acetilsalicílico. Apesar de poucos estudos abordarem diretamente os fatores de risco para o desenvolvimento de tumores metacrônicos, sabe-se que a presença de lesões sincrônicas eleva significativamente a probabilidade de surgimento de tumores metacrônicos^{2,6}. Embora a idade seja considerada um fator relevante, os dados ainda são inconclusivos quanto a metacronicidade. No que se refere ao aparecimento de adenomas, fatores como idade, sexo masculino e obesidade têm papel importante. A obesidade, por sua vez, tem forte relação com o aumento do risco de câncer colorretal devido a diversas razões. O excesso de gordura corporal pode induzir uma inflamação crônica de baixo grau, favorecendo alterações celulares que podem evoluir para câncer. Além disso, a obesidade altera níveis hormonais, como insulina e estrogênio, que estão implicados no desenvolvimento do câncer. O estrogênio, em particular, pode influenciar a proliferação de células epiteliais no intestino. A obesidade também costuma estar relacionada a maus hábitos alimentares e baixa atividade física, ambos fatores que contribuem para o risco de câncer colorretal. Em pacientes já diagnosticados, o excesso de peso pode piorar o prognóstico, aumentando a taxa de mortalidade e reduzindo a sobrevida^{8,9}.

Cerca de 20% dos pacientes com tumores colorretais não metastáticos desenvolverão metástases metacrônicas, sendo os locais mais frequentes no próprio trato gastrointestinal, como o cólon sigmoide, ascendente, transverso e descendente. Além disso, podem ocorrer metástases distantes em órgãos como fígado, pulmão, peritônio e linfonodos regionais. O acompanhamento pós-tratamento com colonoscopia de vigilância é fundamental para monitorar esses pacientes. Em termos de

tratamento, as principais opções incluem a cirurgia para ressecção do segmento intestinal afetado e, em alguns casos, a radioterapia^{5,6,7}.

Boa parte dos tumores colorretais surgem a partir de pólipos que se desenvolvem na mucosa normal do trato gastrointestinal que progridem para adenocarcinomas, em sua maioria, como invasão das estruturas. Falhas no mecanismo de supressão tumoral e instabilidade cromossômica associado a mecanismos epigenéticos e genéticos podem ser a origem dessa fisiopatologia. Um estudo alemão recente sugeriu que a colonoscopia de triagem para pacientes com idade superior a 50 anos estimou prevalência de adenomas (pólipos precursores) em quase 26% dos casos, pois a patologia em questão envolve fases de latência e assintomáticos. Várias formas de triagem podem ser utilizadas e o critério norte-americano envolve, além da colonoscopia (teste com sensibilidade para pólipos > 0,9 cm de 95%), pesquisa de sangue oculto nas fezes, teste imunológico fecal, sigmoidoscopia e colonografia por tomografia computadorizada¹⁰.

Quanto a idade para rastreamento, pesquisas no mundo todo evidenciaram que o diagnóstico de tumores colorretais aumentaram sua incidência consideravelmente na faixa etária anterior aos 50 anos, recomendando o início adiantado em 5 anos em relação as recomendações mais antigas¹⁰. O Brasil segue a triagem mundial e as recomendações da Organização Mundial da saúde (OMS) para rastreio de cânceres colorretais. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o rastreio para pacientes de médio risco (50 anos ou mais sem história familiar de câncer colorretal) deve ser realizado com colonoscopia anualmente na faixa etária dos 50 aos 75 anos, podendo também ser utilizado os outros testes recomendados de acordo com a normativa norte-americana citada anteriormente¹¹.

Em questão terapêutica de neoplasia retal, quimiorradioterapia neoadjuvante, excisão total do mesorreto e quimioterapia adjuvantes são opções para adenocarcinomas localmente avançados. O acompanhamento do paciente pode resultar em recrescimento do tumor e um diagnóstico metacrônico. A tentativa de preservação do órgão pode ser bem-sucedida independentemente da dose de radiação ou quimioterapia utilizada, mas o intervalo de tempo entre as sessões de tratamento pode impactar significativamente no ressurgimento do tumor¹². Com base nessa informação, podemos estender o entendimento de que o acompanhamento seriado com intervalos errôneos e/ou demasiado longos pode vir a ser um fator prognóstico completamente desfavorável na conduta terapêutica de um paciente diagnosticado com adenocarcinoma retal em estágios iniciais. Observando a lacuna científica em qual seria o melhor planejamento para tais pacientes, este relato visa elucidar, com base na literatura recente, qual a melhor decisão para o caso em que a triagem é bem-sucedida, porém a decisão posterior se mostra uma incógnita considerável.

2 METODOLOGIA

Estudo do tipo Relato de caso, cujas informações foram coletadas por meio de revisão de prontuário médico. Em paralelo, para sustentar as ideias discutidas neste artigo, foi feita uma revisão de literatura em bases de dados científicas como PubMed. A produção deste artigo científico seguiu as normativas propostas pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP).

3 RELATO DE CASO

Paciente masculino, 59 anos, assintomático, compareceu em consulta rotineira e foi submetido a colonoscopia anual de rastreio. Foram encontrados diversos pólipos de tamanhos variados e um lesão sugestiva de adenocarcinoma em reto. Paciente foi submetido a polipectomia associada a mucosectomia. O anatomopatológico evidenciou pólipo de cólon transverso caracterizado como adenoma tubular de baixo grau com displasia citoarquitetural discreta; pólipo de cólon descendente nas mesmas características; pólipo de cólon sigmoide de displasia citoarquitetural moderada. O pólipo de reto mostrou adenoma túbulo-viloso com transformação para adenocarcinoma bem diferenciado, infiltrativo, com presença de ulceração da mucosa. A neoplasia infiltra a lâmina própria e camada muscular da mucosa, sem infiltração angiolímfática. O estadiamento anatomopatológico mostrou Pt1. A equipe cirúrgica debateu sobre a complementação com a ressecção transanal ou o acompanhamento seriado do paciente.

4 DISCUSSÃO

Os estudos mais recentes apontaram que o câncer colorretal está acometendo as populações mais jovens^{2,4,6}. Os motivos para os quais este fato está se tornando relevante ainda não são muito bem esclarecidos, porém houveram mudanças significativas quanto aos protocolos mais recentes de manejo dos pacientes em relação a esta patologia. Estudos epidemiológicos, de modelagem e observacionais sugerem que se adiante a idade para o rastreio em 5 anos, se iniciando aos 45¹². Os testes permanecem os mesmos, porém vale ressaltar que a taxa de recidiva deste tumor é de 54% mesmo com manejo adequado¹³, portanto é de extrema importância que os sistemas de saúde se adequem a esta nova realidade.

Por ser um paciente da ala particular do sistema de saúde, rastreios de maior custeio foram possíveis de serem aplicados para este caso. A colonoscopia permite, além do diagnóstico, a excisão de pólipos potencialmente malignos. Outro fato relevante é que o adenocarcinoma colorretal não estava no alvo diagnóstico deste paciente, portanto outros testes de rastreamento não fizeram parte do raciocínio clínico da equipe de saúde. Neste caso, pesquisa de sangue oculto nas fezes, que atualmente é o teste de menor custeio mais empregado no sistema de saúde brasileiro, não foi uma opção devido a ausência de fatores de risco significativos, sendo o único a idade do paciente que, de acordo com o

Instituto nacional do câncer, já classificaria em moderado risco para neoplasia colorretal¹¹. Porém, pensando nos potenciais da colonoscopia para outras doenças e condições, esta foi a escolha empregada para o paciente, diga-se que bem-sucedida, uma vez que foi responsável pelo diagnóstico precoce de uma neoplasia maligna.

Apesar de mudanças na idade início do rastreamento, a idade final para a triagem permanece recomendada aos 75 anos, devido ao baixo benefício ofertado para pacientes após esta idade¹².

O tratamento padrão para câncer colorretal é cirurgia, quimioterapia e radioterapia, podendo ser utilizado em combinação de acordo com o estágio de avanço da doença¹³. Para o tratamento deste tipo de câncer, a ressecção do segmento intestinal afetado é considerada a melhor opção. A presença de neoplasia por si só é uma indicação clara para esse procedimento, assim como lesões benignas e traumas. A morbimortalidade cirúrgica está diretamente associada à classificação de elegibilidade, dependendo se a cirurgia é eletiva ou realizada em caráter de emergência^{6,7}.

Para este paciente, descoberto assintomático, a sobrevida esperada é significativamente a favor, tornando a cirurgia uma opção adequada. Porém, ao discernir este tipo de escolha, outro fator deve ser levado em consideração, como a qualidade de vida. Pensando na ressecção transanal, o pós-operatório pode predispor diversas adversidades, tais como infecções, sepse e até óbito. A experiência do aconselhamento é determinante em decisões técnicas, como a escolha entre o uso de grampos ou sutura manual na anastomose intestinal. O protocolo "fast-track" permite a introdução precoce de dieta oral no primeiro dia de pós-operatório, com boa acessibilidade^{6,7}. Como dito anteriormente, a taxa de recidiva para estes tumores alcança consideráveis 54% dos casos. Assim sendo, talvez a intervenção cirúrgica venha a ser desnecessária, uma vez que este paciente não apresenta caráter de urgência e possui as mesmas chances de retorno do tumor em outro sítio do trato gastrointestinal¹³.

A imunoterapia é uma nova opção no tratamento do câncer, utilizando o sistema imunológico do paciente para combater as células tumorais. Diferente dos tratamentos tradicionais, ela ativa as respostas imunes inata e adaptativa para consideração e destruição do câncer. Esse método foi mostrado com sucesso, especialmente em malignidades hematológicas e tumores sólidos, resolvendo o problema da falta de especificidade que afeta a quimioterapia e radioterapia. Ao direcionar estímulos específicos para células malignas, a imunoterapia preserva as células saudáveis. Aqueles que responderam bem à imunoterapia apresentam melhor prognóstico e qualidade de vida¹³. Em países de submundo, como o Brasil, esta terapêutica pode ser pouco disponível e de difícil acesso. Em casos de metástase, a quimioterapia adjuvante torna-se necessária devido à ampla disseminação de células cancerosas pela corrente sanguínea. As colonoscopias subsequentes são essenciais para detectar recidivas tumorais, embora ainda haja poucas informações específicas sobre seu impacto em lesões metacrônicas¹⁴. As informações quanto ao acompanhamento por colonoscopia se resumem àquelas



ditas anteriormente como extensamente vantajosa no rastreamento de recidivas, compactuando o fato de ser, talvez, a melhor escolha neste caso.

Não foram encontrados estudos que estabeleçam uma relação entre o envelhecimento e o aumento do risco de neoplasias metacrônicas. Observe-se que os adenomas, sejam de baixo ou alto risco, não influenciam significativamente o desenvolvimento dessas neoplasias. Segundo uma pesquisa citada neste trabalho, não é necessário intensificar a frequência das colonoscopias em pacientes com câncer colorretal do tipo adenoma/adenocarcinoma⁶.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores afirmam não haver qualquer potencial conflito de interesse que possa comprometer a imparcialidade das informações apresentadas neste artigo científico.



REFERÊNCIAS

- Ionescu VA, Gheorghe G, Bacalbasa N, Chiotoroiu AL, Diaconu C. Colorectal Cancer: From Risk Factors to Oncogenesis. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(9):1646. Published 2023 Sep 12. doi:10.3390/medicina59091646
- Zhang Y, Karahalios A, Aung YK, Win AK, Boussioutas A, Jenkins MA. Risk factors for metachronous colorectal cancer and advanced neoplasia following primary colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Gastroenterol*. 2023;23(1):421. Published 2023 Nov 30. doi:10.1186/s12876-023-03053-2
- "Taxas de Mortalidade por Câncer, brutas e Ajustadas por Idade pelas Populações Mundial e Brasileira, por 100.000 Habitantes em 2022." *Atlas Online de Mortalidade*, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), [2024], <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo03/consultar.xhtml#panelResultado>. Acesso em 16 mar 2024.
- Hao M, Wang K, Ding Y, Li H, Liu Y, Ding L. Which patients are prone to suffer liver metastasis? A review of risk factors of metachronous liver metastasis of colorectal cancer. *Eur J Med Res*. 2022;27(1):130. Published 2022 Jul 25. doi:10.1186/s40001-022-00759-z
- van Gestel YR, de Hingh IH, van Herk-Sukel MP, et al. Patterns of metachronous metastases after curative treatment of colorectal cancer. *Cancer Epidemiol*. 2014;38(4):448-454. doi:10.1016/j.canep.2014.04.004
- Enwerem N, Cho MY, Demb J, et al. Systematic Review of Prevalence, Risk Factors, and Risk for Metachronous Advanced Neoplasia in Patients With Young-Onset Colorectal Adenoma. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2021;19(4):680-689.e12. doi:10.1016/j.cgh.2020.04.092
- "Overview of Colon Resection." *UpToDate*, UpToDate, <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-colon-resection>. Accessed 17 Aug. 2024.
- Short, Matthew W., Kristina G. Burgers, and Vincent T. Fry. "Esophageal cancer." *American family physician* 95.1 (2017): 22-28.
- Wang, Huaqing et al. "The comparison of risk factors for colorectal neoplasms at different anatomical sites." *International journal of colorectal disease* vol. 38,1 26. 31 Jan. 2023, doi:10.1007/s00384-022-04296-3
- Gupta, Samir. "Screening for Colorectal Cancer." *Hematology/oncology clinics of North America* vol. 36,3 (2022): 393-414. doi:10.1016/j.hoc.2022.02.001
- "Detecção Precoce do Câncer", Ministério Da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>>.
- Garcia-Aguilar, Julio et al. "Organ Preservation in Patients With Rectal Adenocarcinoma Treated With Total Neoadjuvant Therapy." *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* vol. 40,23 (2022): 2546-2556. doi:10.1200/JCO.22.00032
- Johdi, Nor Adzimah, and Nur Fazilah Sukor. "Colorectal Cancer Immunotherapy: Options and Strategies." *Frontiers in immunology* vol. 11 1624. 18 Sep. 2020, doi:10.3389/fimmu.2020.01624



Shin AE, Giancotti FG, Rustgi AK. Metastatic colorectal cancer: mechanisms and emerging therapeutics. *Trends Pharmacol Sci.* 2023;44(4):222-236. doi:10.1016/j.tips.2023.01.003