

RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CÂNCER COLORRETAL

**Yuri Zamban Vieira
Carolina Lançanova Duré
Lucio Sarubbi Fillmann**

UNITERMOS

NEOPLASIAS COLORRETAIS/diagnóstico

KEYWORDS

COLORECTAL NEOPLASMS/diagnosis

SUMÁRIO

O câncer colorretal apresenta alta incidência populacional e alto índice de mortalidade, fato relacionado principalmente ao estágio das lesões no momento do diagnóstico. Muito se tem investido no estudo dos diversos fatores predisponentes dessa neoplasia a fim de facilitar um diagnóstico mais precoce e aumentar as taxas de cura. Dessa forma, vem se buscando a educação da população em geral para os fatores de risco e a sintomatologia associada à doença, o estímulo ao acompanhamento médico e a realização de exames de rastreamento periódicos.

SUMMARY

The colorectal cancer has a high population incidence and mortality, mainly related to the stage of the tumor at diagnosis. Much has been invested in studying the predisposing factors of this disease to facilitate earlier diagnosis and increase cure rates, seeking the education of the general population to the risk factors and symptoms associated with the disease, stimulating medical monitoring and periodic screening tests.

INTRODUÇÃO

Embora os evidentes avanços tecnológicos e acadêmicos, o prognóstico na grande maioria dos casos de câncer colorretal continua sombrio, tendo em vista o diagnóstico tardio dos mesmos. A abordagem de lesões precoces aumenta os índices de cura consideravelmente, aproximando-se de 90%, e acena ao paciente a possibilidade de dispensar o tratamento adjuvante ou um tratamento cirúrgico mutilante.¹ No Brasil, observa-se uma redução na taxa de

incidência de câncer de cólon e reto a partir de campanhas e das buscas ativas, as quais permitiram as descobertas e retiradas precoces de pólipos antes da transformação maligna.¹

FISIOPATOGENIA E FATORES DE RISCO

A maioria dos casos de câncer colorretal ocorre esporadicamente, sem qualquer relação com síndromes familiares bem definidas. Alterações genéticas propiciam o desenvolvimento das lesões precursoras da doença a partir da evolução de uma displasia grave para um carcinoma invasivo. Estudos demonstram que o pico de incidência do carcinoma colorretal encontra-se entre os 60 e 79 anos de idade, sendo menos de 10% dos casos antes dos 50 anos.

No tocante aos fatores desencadeantes, estudos demonstram uma complexa interação entre aspectos genéticos e ambientais. Estima-se que indivíduos com um parente em primeiro grau com câncer de cólon e reto têm um aumento de duas a três vezes no risco de apresentar a mesma neoplasia, sendo esse risco aumentado para cinco ou seis vezes se dois parentes de primeiro grau estiverem envolvidos, sugerindo, assim, uma predisposição hereditária para a doença.⁴

Síndromes hereditárias familiares constituem aproximadamente 6% de todos os casos da doença, dentre as quais se destacam a polipose adenomatosa familiar e a síndrome de Lynch.² A Polipose Adenomatosa Familiar é caracterizada pelo desenvolvimento de milhares de pólipos adenomatosos, mediado por mutações cromossômicas. Dentre os pacientes que apresentam tal patologia, quase a sua totalidade vem a apresentar câncer de cólon e reto por volta dos 40 anos de idade.⁴ A síndrome de Lynch, também chamada de Câncer colorretal hereditário não polipoide, é responsável por aproximadamente 5% de todos os casos de câncer colorretal. Clinicamente, a síndrome se caracteriza: 1) pela presença de três ou mais parentes com adenocarcinoma de cólon ou reto sendo um desses parente em primeiro grau dos outros dois, devendo-se excluir a polipose adenomatosa familiar; 2) câncer de cólon e reto acometendo ao menos duas gerações; 3) um ou mais membros da família com câncer diagnosticado antes de 50 anos de idade.⁴

Associações entre doenças inflamatórias intestinais e o desenvolvimento do câncer de cólon e reto estão bem documentadas na literatura. A avaliação de pacientes portadores dessas patologias demonstrou que estes possuem um risco 10 a 20 vezes maior que a população em geral de vir a apresentar a neoplasia, sendo a duração da doença inflamatória e a extensão do comprometimento intestinal os dois principais fatores predisponentes.⁴

A incidência do carcinoma colorretal encontra-se mais elevada nos países industrializados. Acredita-se que tal distribuição está mais vinculada a fatores ambientais que raciais, já que grupos étnicos que migraram para locais de maior

incidência da doença passaram a apresentar taxas equivalentes à dessa população. A ingestão total de calorias está positivamente associada ao desenvolvimento de câncer colorretal, independente do conteúdo dietético. Também o tabagismo e a ingestão de álcool, especialmente cerveja, demonstraram correlação com um aumento das lesões adenomatosas. Percebe-se ainda a associação da ingestão de carnes vermelhas com aumento na incidência da doença e indícios, ainda controversos, sugerem que a alta ingestão de gorduras e uma dieta pobre em fibras estariam correlacionadas também.⁴

Pessoas da raça negra apresentam uma maior predisposição ao desenvolvimento de câncer colorretal, sugerindo eventualmente o rastreamento mais precoce em pacientes dessa etnia. Percebe-se uma maior prevalência da neoplasia em pessoas do sexo masculino, já que tais pacientes apresentaram uma tendência a desenvolverem adenomas numa idade mais precoce. Entretanto as recomendações sobre os testes de rastreamento ainda não se alteraram em decorrência do sexo do paciente.^{2,4}

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Os pacientes geralmente apresentam-se assintomáticos. Quando sintomáticos, as manifestações são insidiosas. As neoplasias de cólon proximal normalmente não se relacionam com dor abdominal ou mudanças de hábito intestinal, tendo em vista a consistência líquida do conteúdo intestinal. Entretanto, as lesões dessa topografia frequentemente apresentam ulcerações e provocam perdas sanguíneas crônicas, levando os pacientes a desenvolverem quadros de sangramentos ocultos evidenciados apenas com a presença de anemia e queixas inespecíficas de cansaço e palpitações. Ao contrário, as lesões de cólon distal podem apresentar sangramento evacuatório, além disso causam constrição da parede intestinal e podem manifestar dores abdominais e alterações no hábito intestinal. Os tumores de retossigmoide tendem a apresentar quadros semelhantes de perda sanguínea, associados a tenesmo e diminuição do calibre das fezes.⁴

Sendo os sinais e sintomas clínicos decorrentes do carcinoma colorretal incertos e intermitentes, esses acabam, em muitos casos, não valorizados pelos pacientes e médicos. Muitas vezes a única manifestação é um vago comprometimento do estado geral, associado a anemia e emagrecimento. Dessa forma, inúmeros pacientes portadores da doença acabam não procurando atendimento ou recebendo tratamento para outras patologias.¹

MÉTODOS DE RASTREIO E DIAGNÓSTICO

Uma abordagem diagnóstica mais eficaz foi desenvolvida a partir de medidas de rastreamento com base na estratificação de risco de cada paciente.

Pacientes com idade superior ou igual a 50 anos são considerados com médio risco para o desenvolvimento de câncer colorretal, a não ser que tenham sintomas ou familiar para a doença.^{3,5} Programas de prevenção secundária recomendam que tais pacientes iniciem testes de rastreamento para essa neoplasia, sendo submetidos a exames de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) anualmente e, em caso de resultado positivo, recebendo a indicação de colonoscopia. Entretanto, em decorrências da baixa especificidade que o PSOF possui para o câncer colorretal, atualmente o exame preferencial para prevenção é a colonoscopia, devendo ser realizado com intervalo de até dez anos quando o primeiro exame for normal.^{1,3,4}

Na presença de determinados fatores de risco, pacientes são estratificados como tendo uma alta predisposição para o câncer colorretal, passando a necessitarem de diferentes seguimentos. A recomendação para esses pacientes de alto risco varia conforme o fator apresentado. Naqueles que apresentam história pessoal de pólipos adenomatosos, após realização de polipectomia endoscópica, o seguimento com colonoscopia varia conforme a histologia, tamanho e número das lesões retiradas. Nos pacientes considerados como de menor risco, recomenda-se teste de controle após cinco anos do procedimento curativo; naqueles com lesões consideradas de maior risco, considera-se seguro intervalo de três anos para o exame de controle; e nos com lesões malignas, recomenda-se realização de controle endoscópico anual.^{3,4}

Quando da presença de história pessoal de câncer colorretal, a colonoscopia deve ser realizada obrigatoriamente antes da cirurgia, caso o exame seja impossível ou incompleto, outra tentativa é feita em seis meses após o procedimento cirúrgico a fim de afastar lesões sincrônicas. Os exames de controle posteriores apresentam intervalos alternados, sendo o primeiro realizado um ano após a ressecção curativa; se o primeiro for normal, o segundo é feito após três anos e posteriormente a cada cinco anos.³ Nos portadores de Doença inflamatória Intestinal, a colonoscopia é recomendada para rastreamento de neoplasia 7-8 anos após o diagnóstico de Retocolite Ulcerativa ou Doença de Crohn, imediatamente nos casos de colangite esclerosante, ou após 15 anos nos casos de colite esquerda. Devem ser realizadas múltiplas biopsias concomitantemente ao exame endoscópico e orienta-se repetir tais procedimentos a cada dois anos.^{3,4}

Nos pacientes com história familiar de câncer de cólon e reto, sendo esse um parente de primeiro grau, percebe-se uma maior predisposição para o desenvolvimento da mesma neoplasia e evidências apontam para um maior risco nos casos em que o diagnóstico foi anterior aos 50 anos. Recomenda-se a realização de colonoscopia a cada cinco anos a partir dos 40 anos nesses pacientes, ou 10 anos abaixo da idade do diagnóstico da patologia no familiar mais jovem.^{3,5} A história familiar para determinadas síndromes hereditárias é

considerada como fator de alto risco para a neoplasia colorretal. Indivíduos com história de Polipose Adenomatosa Familiar são orientados a realizarem retossigmoidoscopia anualmente a partir dos 12 anos de idade, e, nos casos que múltiplos pólipos forem encontrados, a colectomia profilática está indicada, tendo em vista o risco próximo aos 100% desses pacientes apresentarem câncer colorretal até a quarta década de vida. Nos casos de história familiar de Síndrome de Lynch, testes de rastreamento estão indicados ao paciente portador da patologia e a todos os seus familiares em primeiro grau, independente da presença, ou não, de sintomas. Recomenda-se nesses casos a realização de monitorização colonoscópica em intervalos de dois anos após os 25 anos de idade.³⁻⁵

REFERÊNCIAS

1. Santos JR JCM. Câncer ano-reto-cólico: aspectos atuais iv – câncer de cólon – fatores clínicos, epidemiológicos e preventivos. Rev Bras. Colo-proctol. 2008 Jul/Sep;28(3).
2. Ahnen DJ, Macrae FA. Colorectal cancer: Epidemiology, risk factors, and protective factors. In: UpToDate. Online 21.6 - C21.98; 2013 [updated Jul 12, 2013].
3. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. Projeto Diretrizes. Rastreamento e vigilância do câncer colo-retal. Prevenção secundária e detecção precoce [Site na Internet]; 2008. Disponível em: http://www.sobed.org.br/web/arquivos_antigos/pdf/diretrizes/Screening.pdf.
4. Goldman L, Ausiello DA. Goldman's Cecil medicine. Philadelphia: Elsevier Saunders; c2012.
5. Rodriguez-Bigas MA, Grothey A. Overview of the management of primary colon cancer. In: UpToDate. Online 21.6 - C21.98; 2013. [updated Abr 22, 2013].