

Câncer colorretal

Colorectal cancer

Giovanna Delacoste Pires Mallmann¹; Lisiane Ceccon¹; Raisia Perdomo Felix¹; Vinícius Ayub Dargél¹; Lucio Sarubbi Fillmann^{2,3}.

¹Acadêmico da Associação de Turma Médica 2017 da Escola de Medicina da PUCRS. ²Médico Proctologista do Hospital São Lucas da PUCRS. ³Professor da Escola de Medicina da PUCRS.

RESUMO

Objetivos: O objetivo desse trabalho é apresentar um panorama geral, simples e acessível sobre o câncer colorretal (CCR), uma doença prevalente e letal abordando os principais aspectos dessa patologia e o caráter essencialmente cirúrgico do tratamento.

Métodos: O estudo constitui-se de um artigo de revisão, realizado durante o mês de junho de 2017, por consulta a artigos científicos através de busca em língua inglesa dos descritores “colorectal neoplasm”, “colorectal surgery”, “rectum”, “colon” e “cancer” no banco de base de dados UpToDate.

Resultados: O rastreamento com colonoscopia promove diminuição da morbimortalidade. Grande parte dos CCR surgem de adenomas, a maioria progredindo lentamente de um pequeno pólip, que cresce, torna-se displásico e, então, invasor. A remoção dos pólipos promove, portanto, a prevenção do CCR.

Conclusões: Conclui-se, deste modo, que o CCR é uma patologia frequente, com métodos de rastreamento e diagnóstico bem estabelecidos, cujo tratamento curativo se dá essencialmente pela ressecção cirúrgica.

Palavras-chave: Cirurgia Colorretal; Neoplasias Colorretais; Reto; Colo; Neoplasias.

ABSTRACT

Aims: The objective of this article is to present a general, simple and accessible overview about Colorectal cancer (CRC), a prevalent and lethal disease, addressing the main aspects of this pathology and the essentially surgical character of the treatment.

Methods: The study consists of a review article, carried out during the month of June 2017, by consulting scientific articles through the search in English for the terms "colorectal neoplasm", "colorectal surgery", "rectum", "colon" And "cancer" in the UpToDate database.

Results: The results show that screening with colonoscopy promotes a decrease in morbidity and mortality, and that most CRCs arise from adenomas, progressing slowly from a small polyp, which grows, becomes dysplastic, and then invader. Removal of polyps therefore promotes CRC prevention.

Conclusions: It is concluded, that way, that CRC is a frequent pathology, with well-established screening and diagnosis methods, and whose curative treatment is essentially through surgical resection.

Keywords: Colorectal Surgery; Colorectal Neoplasms; Rectum; Colon; Neoplasms.

INTRODUÇÃO

Epidemiologia

O câncer colorretal (CCR) é uma doença prevalente e letal. Pela detecção e remoção de adenomas e de lesões malignas localizadas, o rastreamento previne de doença e de mortes por ela causadas. É infrequente abaixo dos 40 anos e sua incidência aumenta progressivamente a cada década de vida, com 90% dos casos ocorrendo após os 50 anos. Segunda neoplasia mais

diagnosticada em mulheres e terceira em homens, que têm incidência 25% maior. Nos Estados Unidos, a mortalidade está diminuindo devido, principalmente, ao rastreamento. Nos países da América Central, América do Sul e do Leste Europeu, entretanto, continua aumentando, atrelada a recursos limitados e à pior infraestrutura do sistema de saúde.

Fatores de risco

Isoladamente, a idade consiste no maior fator de risco para CCR. Porém, aspectos ambientais e genéticos também aumentam a probabilidade deste tipo de câncer. Síndromes hereditárias de CCR (Polipose Adenomatosa Familiar, Câncer Colorretal Hereditário Não Polipoide – HNPCC, entre outras), história pessoal ou familiar de CCR e/ou adenomas, doença inflamatória intestinal e radiação abdominal prévia são fatores de risco que podem, inclusive, alterar as recomendações de rastreamento. Quanto ao gênero, homens têm maior incidência, e os pólipos adenomatosos e os CCRs são mais proximais em mulheres (especialmente na pós-menopausa). Por motivos ainda não esclarecidos, os afrodescendentes são mais acometidos que os indivíduos da raça branca. Diabetes mellitus, resistência à insulina e obesidade estão atreladas a riscos aumentados de neoplasias colorretais. Consumo de carne vermelha, de tabaco e de álcool em grandes quantidades também implicam em acréscimo de risco.

Patogênese

A sequência adenoma-carcinoma é bem conhecida e é a base do rastreamento do CCR. Grande parte dos CCR surge de adenomas, a maioria progredindo de um pequeno pólipos para um maior (>1cm) e, então, para displasia e câncer, o que pode levar cerca de 10 anos. Alguns cânceres provêm de adenomas planos e têm maior chance de displasia. Pólipos hiperplásicos, indistinguíveis dos adenomatosos na endoscopia convencional, requerem biópsia para diferenciação e diagnóstico. Dois terços dos pólipos são adenomas. O risco de CCR aumenta conforme tamanho, quantidade e histologia dos pólipos. Ainda, estudos constataram que a remoção dos pólipos configura uma forma de prevenção contra CCR.

MÉTODOS

Artigo de revisão de literatura especializada, realizado durante o mês de junho de 2017, no qual se realizou consulta a artigos científicos selecionados por meio de busca em língua inglesa dos descritores “colorectal neoplasm”, “colorectal surgery”, “rectum”, “colon” e “cancer” no banco de dados UpToDate, de acordo com as terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) criados pela Biblioteca Virtual em Saúde desenvolvido a partir do Medical Subject Headings (MeSH) da U.S. National Library of Medicine. Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram a abordagem cirúrgica no tratamento do câncer colorretal quando esse diagnóstico já estava estabelecido. Foram excluídos estudos que contemplavam apenas tratamentos não cirúrgicos e rastreamento para pacientes sem diagnóstico.

RESULTADOS

Diagnóstico

Pacientes com CCR podem se apresentar assintomáticos, com sinais e/ou sintomas suspeitos, ou sendo admitidos em emergência. Cabe dizer que não existem sintomas típicos, ou patognômicos, que confirmem o diagnóstico. Em seu estágio inicial, os tumores costumam ser assintomáticos, sendo o diagnóstico feito através de achados casuais do rastreamento. Conforme a doença avança, podem surgir sintomas, sendo mais frequentes os seguintes: hematoquezia, melena, dor abdominal, anemia de causa obscura e alteração do

hábito intestinal. Pode ocorrer distensão abdominal, náuseas e vômitos, decorrentes de obstrução intestinal. A sintomatologia irá variar com o tamanho e a localização do tumor. Hematoquezia é mais característica dos cânceres de reto e de cólon descendente. Melena é mais associada às neoplasias de cólon ascendente. Anemia ferropriva, devido a perdas sanguíneas, ocorre marcadamente na doença que acomete cólon direito e ceco. A dor abdominal, se presente, correlaciona-se com disseminação pelo peritônio, perfuração intestinal e peritonite. Alterações do hábito intestinal, comumente, se devem a tumores de cólon esquerdo. Tenesmo, dor pélvica e diminuição do calibre das fezes indicam acometimento do reto. Tendo em vista a considerável ocorrência de metástases do CCR, deve-se atentar para outros sintomas, como: dor em hipocôndrio direito, saciedade precoce, anorexia, perda de peso e/ou adenopatia supra clavicular. A presença destes, em paciente com diagnóstico de CCR, alerta para a existência de metástases distantes ou, então, contíguas.

Anamnese

Quando o CCR se torna sintomático, a doença já está avançada. Da fase inicial, até a fase tardia, a sintomatologia é inespecífica. Cabe ao médico coletar uma história clínica minuciosa, com detalhes da queixa principal, sem menosprezar as demais queixas do paciente. Alterações do hábito intestinal são frequentemente relatadas. Deve-se questionar o tipo de alteração percebida (se representa, de fato, uma mudança) e desde quando vem se manifestando. Quanto ao hábito intestinal, especialmente em pacientes acima dos 40 anos, toda alteração deve levantar a suspeita de CCR. É necessário saber características das fezes: consistência, odor, coloração, calibre. Se houver relato de sangue nas mesmas, perguntar quantidade e aspecto deste. Dor abdominal, pélvica ou à defecação devem ser aventadas. Investigar história médica pregressa, medicações de uso diário, hábitos e história familiar do paciente. Havendo casos de CCR na família, especificar qual o grau de parentesco com os indivíduos acometidos e que idade eles tinham no momento do diagnóstico.

Exame Físico

O exame físico pode ser pouco revelador, porém, é indispensável. No exame do abdome, atentar para: massas, dor ou defesa à palpação; distensão; hepatomegalia; ascite. Palpar cadeias linfáticas em busca de acometimento linfonodal. A constatação de adenopatias distantes levanta a suspeita de doença metastática. Nas neoplasias de reto, o toque retal pode detectar massas tumorais, avaliar textura, bordas e distância da margem anal. Pode ser realizada a retossigmoidoscopia rígida, a fim de visualizar lesões distais.

Exames Complementares

Não há exames laboratoriais específicos e/ou sensíveis para diagnosticar neoplasias colorretais. Junto ao exame histopatológico, a colonoscopia consiste no método preferencial para diagnóstico do CCR. Quando na impossibilidade de ser realizado o exame colonoscópico, existem exames alternativos, como o enema opaco com duplo contraste e a colonoscopia virtual.

Cuidados pré-operatórios

Feito o diagnóstico, será indicada a cirurgia. Pela frequente associação com anemia ferropriva, um hemograma completo, com plaquetas e provas de coagulação, deve ser solicitado. Marcadores tumorais, como o antígeno carcinoembriogênico (CEA) e o antígeno de carboidrato 19-9 (CA 19-9), foram associados ao CCR; no entanto, tem baixa sensibilidade e especificidade na sua detecção, não sendo recomendados para triagem ou diagnóstico. Devem

ser solicitados Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e de pelve e Raio X de tórax (ou TC de tórax). A realização da TC de abdome e de pelve avaliará a extensão regional do tumor, os linfonodos locais e a presença de metástases à distância. Além disso, podem visualizar possíveis complicações relacionadas à neoplasia e identificar candidatos à radioterapia pré-operatória ou quimiorradioterapia. Nos casos de câncer de reto, a Ressonância Nuclear Magnética de pelve ou a ecografia endorretal determinam a profundidade da lesão e a presença de linfonodos positivos. Além de fornecerem dados para o estadiamento do tumor, auxiliarão no planejamento da abordagem operatória. Recomenda-se profilaxia antibiótica intravenosa, preferencialmente com Cefalosporina de segunda geração (ex.: cefoxitina). Esta reduz as taxas de infecção e de mortalidade, sendo administrada na indução anestésica, no transoperatório e mantida por cerca de 24h de pós-operatório. O preparo mecânico do cólon não deve ser realizado pois traz maior morbimortalidade no pós-operatório.

Tratamento

A doença localizada é tratada através de cirurgia curativa, com remoção completa do tumor, do pedículo vascular e da drenagem linfática do segmento colônico afetado. Quando a cirurgia é realizada eletivamente, a anastomose primária pode ser feita na maioria dos casos, porém a realização de colostomia ou ileostomia temporária pode ser necessária em caso de peritonite, perfuração, instabilidade clínica do paciente ou em anastomoses colorretais baixas. A ressecção cirúrgica é a única modalidade de tratamento curativo para o CCR. Indica-se cirurgia curativa na doença localizada (restrita ao cólon ou ao reto) e na doença metastática passível de ressecção no fígado e/ou no pulmão. Em casos selecionados, a ressecção cirúrgica pode ser indicada em caráter paliativo, com o intuito de aliviar a dor e minimizar sintomas obstrutivos. No câncer de reto distal localmente avançado, a quimiorradioterapia neoadjuvante é a escolha terapêutica, sendo que a indicação definitiva se dá nos tumores maiores e com invasão local. Pacientes com doença metastática inoperável, geralmente, serão submetidos a cirurgia apenas em caso de sintomas ou complicações relacionadas ao tumor primário. A necessidade de quimioterapia adjuvante é dada pela análise histopatológica da peça cirúrgica. Nos casos de estágio II, em casos selecionados (tumores de alto risco) e estágio III, a quimioterapia adjuvante é indicada. A radioterapia não costuma ser indicada em tumores de cólon. Já no reto, é amplamente utilizada, caso não tenha sido realizada no pré-operatório.

Técnica

A cirurgia para o CCR visa a remoção da lesão e do maior número de linfonodos possível, que possam estar comprometidos, com excisão mesocólica completa. No ceco ou no cólon direito, a hemicolectomia direita é a indicação cirúrgica, assim como em tumores de flexura hepática, com ressecção de segmento do íleo distal e metade direita do cólon transversos. No cólon transversos, a colectomia transversa raramente é realizada, optando-se pela hemicolectomia direita ou esquerda ampliada. No cólon esquerdo, a hemicolectomia esquerda é apropriada para tumores no cólon descendente. Para pacientes com tumor no cólon sigmoide, é indicada sigmoidectomia. Nos tumores de cólon sincrônicos, a colectomia abdominal total ou subtotal é indicada. Nas síndromes de câncer colorretal hereditário não polipoide, a colectomia abdominal total com histerectomia e salpingooforectomia podem ser indicadas. Nas síndromes hereditárias polipoides, o procedimento de escolha é a proctocolectomia total, com ileostomia ou anastomose íleo-anal.

Em relação à técnica operatória, a decisão entre cirurgia aberta ou laparoscópica varia conforme a experiência do cirurgião e o caráter invasivo da doença (localizada ou complicada). Menor morbidade e tempo de permanência hospitalar pós-operatório mais curto estão mais relacionados à laparoscopia; no entanto, em relação à sobrevida e ao tempo livre de doença,

ambas se equivalem. A linfadenectomia dita o prognóstico e guia o manejo pós-operatório, já que há uma correlação direta entre o número de linfonodos ressecados e a sobrevida. Dessa forma, recomenda-se que sejam avaliados pelo menos doze linfonodos para um estadiamento adequado. As margens cirúrgicas proximais e distais devem ter, no mínimo, 5cm de intestino sadio. Nos tumores de reto, a cirurgia é a terapia curativa, dependendo do estágio, tamanho e localização do tumor primário. A excisão local transanal pode ser indicada para tumores de reto baixo (até 5cm da margem anal), quando menores do que 3 cm e sem fatores de mau prognóstico à biópsia e aos exames de imagem, em pacientes idosos e com muitas comorbidades. Em tumores maiores ou com invasão transmural, a ressecção abdominoperineal com colostomia definitiva pode ser a escolha. Em tumores de reto alto e médio, normalmente é realizada retossigmoidectomia com anastomose colorretal ou colo-anal. Nos tumores com invasão adjacente, pode ser necessária a ressecção multivisceral, sendo mandatória a excisão do mesorreto em todos os casos.

Cuidados no pós-operatório

O manejo pós-operatório enfatiza prevenção e alívio da dor, manutenção do volume de fluidos perioperatório e progressão da dieta via oral precocemente, além do estímulo à deambulação. Retorno em 10-14 dias após a alta hospitalar para avaliação da ferida cirúrgica e remoção dos pontos. Com relação às complicações, as mais frequentes são: infecção de ferida operatória, íleo adinâmico, abscesso intra-abdominal, deiscência de anastomose e peritonite.

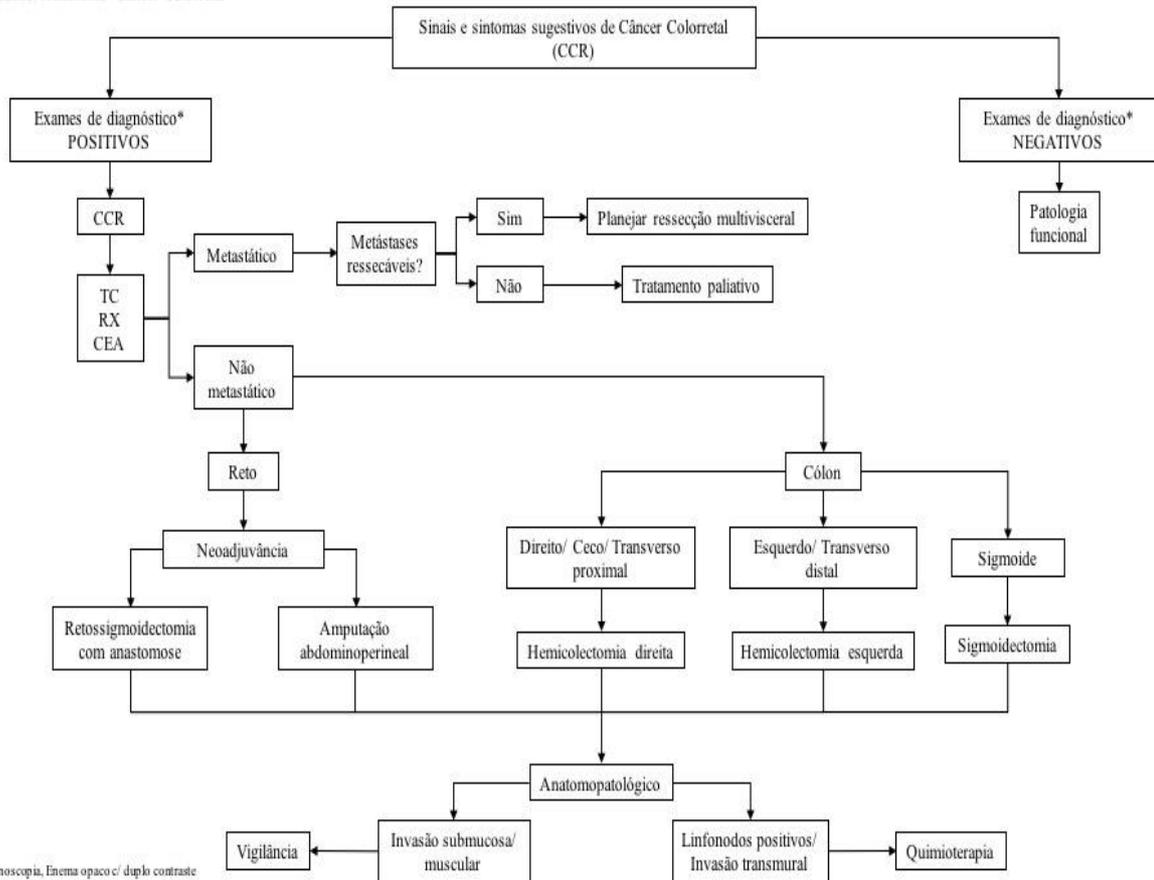
Seguimento

Baseia-se em acompanhamento regular, que inclui vigilância de recorrência da doença ou novos tumores primários, assim como avaliação e manejo de efeitos colaterais do tratamento. Para tal, serão usados anamnese, exame físico, dosagem de CEA, TC de abdome e tórax, e colonoscopia. A qualidade de vida dos pacientes, logo após o tratamento, parece decair. Muitos referem dificuldade de adaptação às bolsas de ostomia, diminuindo sua autoestima e implicando dificuldades sócio afetivas. Pacientes ainda relatam disfunções urinárias, disfunção sexual, fadiga e efeitos colaterais específicos da quimioterapia e radioterapia. Para tratamento da diarreia crônica, medicamentos antidiarreicos são primeira linha e as mudanças dietéticas, como diminuição de vegetais crus, entre outras, podem beneficiar o paciente.

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que o CCR é uma patologia prevalente e letal, com história natural, métodos de rastreamento e diagnóstico bem estabelecidos. O rastreamento com colonoscopia é capaz de diminuir a morbimortalidade, enquanto que o tratamento curativo é dado pela ressecção cirúrgica. Desse modo, fica clara a relevância do estudo dessa patologia.

Fluxograma



*Colonoscopia, Enema opaco e/ duplo contraste

REFERÊNCIAS

Haggstrom DA, Cheung WY. Approach to the long-term survivor of colorectal cancer [Internet]. In: UpToDate. 2017 Feb 26 [updated 2017 Jul; cited 21 Jun 2017]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-long-term-survivor-of-colorectal-cancer?source=search_result&search=colorectal%20cancer&selectedTitle=5~150. Topic 14230 - Version 52.0.

Macrae FA, Tanabe KK. Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer [Internet]. In: UpToDate. 2017 Jun 26 [updated 2017 Jul; cited 2017 Jun 20]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-colorectal-cancer>. Topic 2496 Version 57.0.

Macrae FA. Colorectal cancer: Epidemiology, risk factors, and protective factors [Internet]. In: UpToDate. 2017 Jul 18 [updated 2017 Jul; cited 2017 Jun 22]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/colorectal-cancer-epidemiology-risk-factors-and-protective-factors>. Topic 2606 Version 74.0.

Rodriguez-Bigas AM. Surgical resection of primary colon cancer [Internet]. In: UpToDate. 2017 Mar 14 [updated 2017 Jul; cited 2017 Jun 19]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/surgical-resection-of-primary-colon-cancer>. Topic 82949 - Version 26.0.

Bleday R, Shibata D. Rectal cancer: Surgical techniques [Internet]. In: UpToDate. 2017 Jun 13 [updated 2017 Jul; cited 2017 Jun 20]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/rectal-cancer-surgical-techniques>. Topic 15311 - Version 19.0.

Campos FGCM, Regadas FSP, Pinho M. Tratado de coloproctologia. São Paulo: Atheneu; 2012.

The ASCRS textbook of colon and rectal surgery. Cham: Springer; 2016.