

## CÂNCER COLORRETAL EM INTERVALO DE RASTREAMENTO: RELATO DE CASO

MARCOS DANIEL DA SILVA<sup>1</sup>; CAROLINA REINBRECHT BERNINI<sup>2</sup>; THAIS LEITE SECCHI<sup>3</sup>; DANIELE ROBERTO<sup>4</sup>; MARCELO ALEXANDRE PINTO DE BRITTO<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universidade Católica de Pelotas – marcosdanielsilva\_mds@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Católica de Pelotas – carolina\_bernini@hotmail.com

<sup>3</sup>Universidade Católica de Pelotas – thaislsecchi@gmail.com

<sup>4</sup>Universidade Católica de Pelotas – danieleroberto@hotmail.com

<sup>5</sup>Universidade Católica de Pelotas – m2britto@yahoo.com.br

### 1. INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) possui incidência aproximada de 1 milhão de casos, uma mortalidade anual de mais de 500 mil indivíduos e configura a quarta causa de morte por câncer no Brasil. O câncer de cólon e reto é o terceiro mais frequente na população masculina e o segundo na feminina (FANG CHIA, 2002).

A história natural do CCR baseia-se, principalmente, na sequência adenoma-carcinoma, uma vez que a maioria dos casos de neoplasias malignas surge em pólipos, que são benignos. Os pólipos ocorrem com grande frequência no cólon e reto após os 50 anos. Em sua maioria, pacientes com pólipos adenomatosos são assintomáticos, característica que faz com que o diagnóstico seja muitas vezes realizado nas fases mais avançadas da doença e que piora inegavelmente o prognóstico dos pacientes (SES, 2009).

Estudos apontam que em mais de 75% dos casos o CCR pode ser definido como esporádico, de caráter não familiar e decorrente de uma exposição crônica da mucosa intestinal a agentes cancerígenos (HABR-GAMA, 2005; HEWITSON et al., 2008).

Apesar de se tratar de uma grave doença, a história natural do CCR propicia condições à sua detecção precoce, uma vez que a maioria dos casos evolui a partir de lesões benignas, por um período de 10 a 15 anos, existindo, portanto, uma fase pré-clínica detectável longa (CRUZ et al., 2004).

A abordagem colonoscópica é o “padrão ouro” para o diagnóstico (CRUZ et al., 2004) e existem fortes evidências indicando intervalo padrão para a vigilância após uma colonoscopia que retirou pólipos (HASSAN et al., 2013). Apesar de muito incomuns, ocorrem casos de detecção de câncer após uma colonoscopia normal, dentro do tempo indicado de intervalo (SHERGILL et al., 2015; KAMINSKY et al., 2010).

Nesse sentido, este estudo de caso objetivou relatar uma situação de exceção à evolução natural do CCR e aos protocolos habituais.

### 2. METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP) localizado R. Mal. Deodoro, 1123 - Centro, Pelotas – RS.

Em um primeiro momento, foi feita uma revisão de prontuário da paciente para relato de caso, além da entrevista com a paciente. Em seguida, iniciou-se uma pesquisa bibliográfica da literatura nacional e internacional, abrangendo relatos de caso, estudo de casos, artigos de revisão, artigos originais e metanálises publicados nos últimos anos.

A pesquisa foi realizada entre os meses de abril e maio de 2015. Os artigos foram obtidos nas bases de dados: SciELO - Scientific Electronic Library Online (<http://www.scielo.org>), LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

G. N. S., 74 anos, sexo feminino, branca, hipertensa, diabética, hipotireoidea e portadora de doença de Parkinson. Com queixa de diarreia aquosa, de grande intensidade. Fez uso de medicações sintomáticas por um período de 40 dias, não apresentando melhora do quadro. Submetida à endoscopia digestiva alta com biópsia, com pesquisa negativa para *Helicobacter Pylori* e nenhuma alteração histológica significativa. Realizado também colonoscopia que demonstrou pandiverticulose colônica e grande lesão de espalhamento lateral e superfície vilosa e granular ocupando cerca de 50% da circunferência colônica, sem área de ulceração. A biópsia da lesão revelou tratar-se de adenoma túbulo-viloso com displasia de baixo grau. Devido ao diagnóstico e as proporções do adenoma de ceco foi indicado tratamento cirúrgico. Paciente informava ter feito anteriormente outras colonoscopias de rastreio, sendo a última há menos de 5 anos e sem particularidades. Após consentimento, paciente foi submetida a íleo-colectomia direita, com anastomose íleo-cólica látero-lateral.

Pólipos colorretais podem ser divididos histologicamente em inflamatórios, hamartomatosos, hiperplásicos ou adenomatosos, sendo o último o mais comum (ROCHA et al., 2000; PIGNONE et al., 2002). O pólipó adenomatoso é uma neoplasia benigna do epitélio intestinal com potencial para sofrer transformação maligna e evoluir para adenocarcinoma. O risco de malignização dos adenomas está associado ao grau de displasia, arquitetura celular (tubular, viloso ou túbulo-viloso), entre outras características. São considerados de alto risco os adenomas >1cm, a presença de 3 ou mais pólipos, histologia vilosa e displasia de alto grau (PIGNONE et al., 2002). O pólipó viloso é o que tem maior chance de malignização (ROCHA et al., 2000), sendo o túbulo-viloso de risco intermediário, apresentando características de ambos os tipos. A biópsia do pólipó da paciente indicou um adenoma túbulo-viloso com displasia de baixo grau. O pólipó maior de um centímetro, isoladamente, sofre transformação maligna em 10% dos casos, em 10 anos (SES, 2009).

A paciente foi submetida a íleo-colectomia parcial cerca de 5 meses após o surgimento dos sintomas. Uma revisão dos exames anteriores da paciente, revelou que ela havia realizado duas colonoscopias de rastreio previamente a colonoscopia diagnóstica, ambas com resultado normal.

No Brasil, apesar de não oferecer um programa nacional de prevenção do câncer colorretal, o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento para câncer de cólon e reto utilizando a pesquisa de sangue oculto (PSO), colonoscopia ou retossigmoidoscopia em adultos entre 50 e 75 anos (Brasil, 2010). O intervalo de rastreamento varia conforme a modalidade escolhida, sendo recomendada anual ou bianual para PSO, a cada 5 anos para retossigmoidoscopia e a cada 10 anos para colonoscopia.

A pesquisa de sangue oculto nas fezes é um método simples, não invasivo e de baixo custo. No entanto, apesar de ser um exame muito sensível, sua especificidade é baixa, e um teste positivo ainda vai necessitar de investigação adicional (PIGNONE et al., 2002). A retossigmoidoscopia tem como desvantagem

examinar somente a parte mais distal do cólon, não visualizando assim, possíveis lesões em outros seguimentos intestinais.

A colonoscopia é um dos métodos mais largamente utilizados e estudados no rastreio e diagnóstico de câncer colorretal. Vários estudos mostram uma taxa maior de identificação de pólipos com a colonoscopia do que em outros tipos de exames de rastreamento (GEIGER et al., 2009; BRENNER et al., 2014), além de permitir a retirada de pólipos pré-malignos no momento da detecção. No entanto, no Brasil ela raramente é utilizada como método primário de rastreamento, sendo reservada aos pacientes sintomáticos e aqueles com risco maior do que a média populacional. Essa população com risco elevado inclui aqueles com história pessoal ou familiar de pólipos ou câncer de intestino, portadores de doenças inflamatórias intestinais, e história pessoal ou familiar importante de câncer de mama, ovário ou útero. A esses indivíduos, recomenda-se o rastreio com colonoscopia a partir dos 40 anos de idade, com intervalo variável (SES, 2009; BRENNER et al., 2014).

Para os pacientes de baixo risco, um intervalo de tempo de 10 anos para o rastreamento com colonoscopia tem sido utilizado baseado no tempo que um pólipo adenomatoso leva para se transformar em um carcinoma. Estudos tem demonstrado que o risco de desenvolver CCR após uma colonoscopia negativa permanece menor do que na população não rastreada por um período ainda maior do que 10 anos (SINGH et al., 2006).

Os casos de câncer após uma colonoscopia negativa são incomuns, chegando a 5% em alguns estudos, com tempo médio de identificação de 40-60 meses (SINGH et al., 2006). Isso pode ser explicado de duas formas: lesões que passaram despercebidas no exame colonoscópico ou lesões de crescimento acelerado que se desenvolveram após o rastreio. Em ambos os casos, as lesões são mais comuns em cólon direito e ceco (SHERGILL et al., 2015; KAMINSKY et al., 2010). Lesões não identificadas ocorrem principalmente em ceco, flexura esplênica e reto, e isso se deve a alguns fatores como dificuldade de visualização do ceco, preparo inadequado ou inexperiência do examinador. Por outro lado, estudos mostram diferenças na expressão gênica de cânceres de cólon direito e esquerdo, podendo acarretar em crescimento acelerado de alguns tumores (BIRKENKAMP-DEMTRODER et al., 2005).

A paciente relatada havia realizado colonoscopia com resultado negativo, previamente ao diagnóstico de adenoma túbulo-viloso, de localização em ceco. Portanto, ela pode integrar a pequena porcentagem de pacientes com câncer colorretal de ocorrência em intervalo.

#### 4. CONCLUSÕES

A realização de rastreio de acordo com o protocolo e consequentemente a detecção precoce de pólipo/câncer são meios que podem reduzir a morbimortalidade da doença. No entanto, existem casos em que o progresso da doença difere do habitual, sendo de rápida evolução e não detectada no rastreio adequado.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FANG CHIA, B. Rastreamento para câncer colorretal. **Revista da Associação Medica Brasileira**, v.48, n.4, p.286, 2002.
2. SES. **A relevância do câncer colorretal**. BEPA, Boletim epidemiológico paulista, vol.6, n.68, pp. 01-14, 2009. Acessado em 20 de maio 2015. Online.

3. HABR-GAMA, A. Câncer colorretal - A importância de sua prevenção. **Arquivos de Gastroenterologia**, 2005.
4. HEWITSON, P.; WOODROW, C.; AUSTOKER, J. **Evidence Summary: patient information for the NHS bowel cancer**. Sheffield: NHS Cancer Screening Programmes, 2008.
5. CRUZ, G.M.G.; FERREIRA, R.M.R.S.; NEVES, P.M. Câncer Retal: estudo demográfico, diagnóstico e estadiamento de 380 pacientes acompanhados ao longo de quatro décadas. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, 2004.
6. HASSAN, C. et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. **Endoscopy**, v.45, p.842-851, 2013.
7. SHERGILL, A.K. et al. Protective association of colonoscopy against proximal and distal colon cancer and patterns in interval cancer. **Gastrointestinal endoscopy**, v.82, n.3, p.529-537, 2015.
8. KAMINSKI, M.F. et al. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. **New England Journal of Medicine**, v.362, n.19, p.1795-1803, 2010.
9. ROCHA, B.P.; FERRARI, A.P.; FORONES, N.M. Frequência de pólipos em doentes operados de câncer colorretal. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v.37, n.1, p.31-34, 2000.
10. PIGNONE, M.; RICH, M.; TEUTSCH, S.; BERG, A.O.; LOHR, K.N. Screening for colorectal cancer in adults at average risk: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. **Annals of Internal Medicine**, 2002.
11. BRASIL. **Caderno de Atenção Básica nº29: Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
12. GEIGER, T.M.; RICCIARDI, R. Screening options and recommendations for colorectal cancer. **Clinics in colon and rectal surgery**, v.22, n.04, p.209-217, 2009.
13. BRENNER, H.; KLOOR, M.; PAX, C.P. Colorectal Cancer. **Lancet**, 2014.
14. SINGH, H.; TURNER, D.; XUE, L.; TARGOWNIK, L.E.; BERNSTEIN, C.N. Risk of Developing Colorectal Cancer Following a Negative Colonoscopy Examination. Evidence for a 10-Year Interval Between Colonoscopies. **JAMA**, 2006.
15. BIRKENKAMP-DEMTRODER, K. et al. Differential gene expression in colon cancer of the caecum versus the sigmoid and rectosigmoid. **Gut**, Dinamarca, v. 54, 2005.