



De Médico para Médico

TUMOR MALIGNO COLON RETAL COM ÊNFASE NO RASTREAMENTO E VIGILÂNCIA

Considerações Gerais

Em torno de 95% dos TMCR (Tumor Maligno Colon Retal) são do tipo adenocarcinoma e tem como fator inicial o pólipó adenomatoso. O processo de transformação pode durar até 15 anos. Nos países ocidentais o TMCR é tido como a segunda causa de morte entre as neoplasias, tendo o homem a lesão retal e na mulher o cólon direito, como as prevalências de incidências.



Dr. José Augusto Quintela
Especialista em Clínica Geral,
Gastroenterologia e Endoscopia
Digestiva
Diretor Técnico do Centro de
Endoscopia Digestiva Sul
Fluminense



Etiologia

Os fatores genéticos e ambientais são as condições mais analisadas e tidas como aceitas, entre aquelas que podem desenvolver as lesões no cólon e reto. O uso de gorduras e de proteínas de origem animal e a baixa ingestão de fibras estão ligados a formação de substâncias carcinogênicas, a partir de fermentação de ácidos biliares e graxos, pelas bactérias anaeróbicas.



De Médico para Médico



Estas substâncias alteram o DNA das células, promovendo a transformação do adenoma em adenocarcinoma. Por outro lado, com o uso de alimentos ricos em fibras – legumes e frutas – há a liberação de substâncias antioxidantes e melhora no trânsito intestinal, o que vai diminuir o tempo de ação daqueles carcinógenos na luz intestinal.

Um estudo realizado no Instituto de Nutrição da UERJ em 2022 revelou dados preocupantes sobre o que a população está ingerindo de produtos químicos. De acordo com o estudo da Nutricionista Vanessa Montera, 4 em cada 5 alimentos possuem pelo menos 1 aditivo químico em seus ingredientes.

A anormalidade genética encontrada nos TMCR inclui o gene APC, cuja mutação estaria relacionada à polipose familiar adenomatosa (PFA).

No início da década de 1980, foi encontrada uma forma alternativa carcinogênica chamada de Síndrome de Lynch (I e II), responsável por câncer hereditário não polipóide colorretal (CHNP).

No tipo I, a lesão é no cólon proximal e, no tipo II, pode acometer outras regiões do corpo.

Epidemiologia

No Brasil, o TMCR é uma neoplasia de alta prevalência e é pouco mais comum nos homens do que nas mulheres. É reconhecido que indivíduos de uma mesma família com PFA (polipose familiar) e CHNP (câncer hereditário não polipóide) apresentam risco elevado para desenvolverem TMCR.

Fatores de Risco para TMCR

- A) Idade - a incidência de TMCR aumenta após 40 anos e 90% dos casos ocorrem após 50 anos;
- B) História pessoal - a presença de pólipos adenomatosos maiores que 1 cm aumenta o risco de aparecimento de outros pólipos e carcinomas;
- C) História familiar - a existência de antecedentes familiares está presente em 25% dos pacientes com TMCR, e quando há dois ou mais familiares com TMCR é recomendável o exame do cólon após a idade de 40 anos; a PFA aumenta muito o risco de desenvolver o TMCR;
- D) Câncer hereditário não polipóide (CHNP) - representa um fator de grande risco para o desenvolvimento de TMCR e esta premissa é baseada em três critérios:

1- três ou mais familiares do primeiro grau com TMCR

2- TMCR envolvendo duas gerações

3 - um caso de TMCR em membros de família de idade menor que 50 anos. Nesse caso, a vigilância se inicia aos 30 anos;

De Médico para Médico



E) Reto colite ulcerativa é uma patologia reconhecida como alto risco para o aparecimento de tumores colorretais após os 10 anos de doença;

F) Dieta com alto teor de gordura e pouca fibra representa fator de risco.

Diagnóstico

O sintoma de uma neoplasia colonretal surge próximo aos cinco anos de doença, assim, um achado de tumor antes deste tempo é puramente casual.

Tendo em vista esta premissa, os indivíduos que fazem parte dos grupos de risco, deveriam ser submetidos a exames de rotina, para a detecção de lesões precoces.

Na história clínica pode-se investigar sintomas relacionados a alterações do hábito intestinal, mudança na característica do bolo fecal, presença de resíduos estranhos nas fezes e dor abdominal, os quais podem preceder à astenia, anemia e perda de peso. Os pacientes podem não valorizar os sintomas devido ao fato de serem pouco expressivos e variáveis e pelo tempo longo do processo.

A lesão no cólon direito, o material fecal é mais líquido e as alças mais largas, o que faz com que os sintomas sejam mais tardios. Por outro lado, quando no cólon esquerdo, o material fecal é mais sólido e as alças mais finas, o que leva a sintomas mais precoces. No reto, a presença de sangue e, às vezes, de muco nas fezes, são sinais importantes e que causam preocupação, estimulando em que os pacientes procurem pesquisa diagnóstica.

O CEA (antígeno carcinoembrionário), é uma glicoproteína que pode ser medida no sangue para detecção de TMCR, entretanto, não é específica e o seu aumento justifica uma investigação mais apurada do cólon. É usada como teste preditivo após procedimentos cirúrgicos. Quando medida junto com CA 19-9 pode melhorar a acurácia para detecção de neoplasia, recidiva e metástases.

O exame radiológico de clister opaco com duplo contraste é um importante método para estudar o cólon. Hoje em dia é pouco usado.

A tomografia computadorizada, que ainda pode ser específica para o tubo intestinal, ou ampla, quando se poderia definir metástases e estadiamento da doença.

O pet scan é também usado nas pesquisas de tumores do cólon.

Existe uma variável de tomografia que é a colonoscopia virtual, onde um software é acoplado ao tomógrafo e realiza imagens em três dimensões com precisão de detecção de tumores de 5mm. Sua vantagem é de ser um exame mais inócua e não ser necessário sedação.

A retossigmoidoscopia e a colonoscopia permitem o exame de parte ou de todo o colon, com a possibilidade de ressecções e de colheita de material para estudo histopatológico.

RASTREAMENTO E VIGILÂNCIA DOS TMCR

O rastreamento é um método de prevenção e a vigilância é a busca de lesões que levam ao câncer cólon retal. Dois fenômenos paralelos e contraditórios são observados quando se analisa a investigação de câncer cólon retal:

- 1- a diminuição da incidência e da mortalidade na atualidade como provável resultante do resultado do rastreamento e de melhora nas técnicas e diagnóstico e terapêutica e o avanço no mecanismo do conhecimento da patogenia;
- 2- envelhecimento da população, promovendo aumento da incidência.

A sobrevida após o diagnóstico do TMCR é dependente do estágio da doença:

- a) 90% quando restrita a parede do intestino;
- b) 65% quando restrita a região;
- c) 09% quando houve metástases.

PREVENÇÃO DO TMCR

A prevenção primária antecipa a condição da neoplasia como prática de atividades físicas, hábito alimentar, quimio-proteção com o uso de drogas inibidores da Cox-2 em pacientes de alto risco.

A prevenção secundária na busca de lesões precursoras de lesões malignas precoces como detecção e tratamento das lesões precoces, identificação de lesões reconhecidas desencadeantes de câncer.

GRUPOS DE RISCO

Não é viável e nem está indicado o rastreamento de TMCR em toda a população.

Dados de pesquisa:

- a) 70% dos casos são esporádicos em pacientes assintomáticos com idade > que 50 anos, sem história familiar;
- b) 30% dos casos são de origem familiar de síndromes familiares;

Grau de risco para TMCR

- a) Risco baixo - os indivíduos de idade < de 40 anos;
- b) Risco médio - indivíduos com idade > 50 anos

De Médico para Médico

c) Risco elevado - os seguintes indivíduos com idade > 50 anos:

- história pessoal de pólipos
- história pessoal de neoplasia de qualquer tipo
- história pessoal de doença inflamatória intestinal principalmente RCU
- história familiar de câncer colo retal

Rastreamento em pacientes de risco médio

- 1) Pesquisa de sangue oculto nas fezes(PSOF) - anual
- 2) Retosigmoidoscopia - a cada 5 anos
- 3) PSOF positiva - colonoscopia

A retosigmoidoscopia alcança até 60 cm do reto e cólon esquerdo e pode diagnosticar até 70% das lesões. O exame realizado a cada 10 anos é bastante eficaz e com efeito protetor.

As complicações do exame endoscópico são raras, sendo a mais comum a hemorragia após o exame. O risco de perfuração acontece mais comumente quando são realizados procedimentos.

A mortalidade está mais relacionada com a co-morbidade e fortemente dependente da idade.

TRATAMENTO

O procedimento cirúrgico é o tratamento de escolha para os pacientes portadores de tumores do cólon e do reto.

O seguimento com quimioterapia será indicado para a complementação em alguns casos selecionados.

FONTES DE LEITURA

RENATO DANI

SLEISENGER & FORDTRAN

TRATADO DE END DIAG E TERAPEUTICA: PAULO SAKAI, FAUZEMALUFE FILHO, SCHIMICHI ISHIOKA

