

Colectomia direita ampliada em paciente com câncer de cólon localmente avançado: relato de caso

Enlarged right colectomy in a patient with locally advanced colon cancer: a case report

Colectomía derecha agrandada en un paciente con cáncer de colon localmente avanzado: reporte de un caso

Hudson Fernandes Barile^{1*}, Yanka Rafaela da Costa Neto Vieira², Vinicius Francisco Fernandes Rodrigues², Amanda de Araújo Dias³, Jamille Lopes Helmer³.

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso de um paciente com câncer de cólon, descoberto em um hospital de referência em cirurgia de uma cidade do Estado do Pará. **Relato de caso:** Masculino, 64 anos, queixa-se de diarreia, astenia e emagrecimento. Ao exame físico, apresentou massa palpável de 15cm e móvel em flanco direito. A tomografia computadorizada de abdome total com contraste evidenciou tumor de cólon ascendente. Colonoscopia apresentou tumoração blastomatosa infiltrativa com estenose luminal em cólon ascendente distal; pólipó sésil no cólon transverso; biópsia apontou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Após análise dos dados, confirmou-se o diagnóstico de câncer de cólon. O paciente foi submetido à hemicolectomia direita ampliada, peritonectomia localizada, linfadenectomia e reconstrução com anastomose íleo-transversa término-lateral em dois planos. A biópsia da peça cirúrgica revelou cólon ascendente com adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado medindo 5,0 cm e infiltrando até o mesocólon. O estadiamento do câncer indicou T3N2M0 e Dukes C. Orientou-se seguimento oncológico semestral. **Considerações finais:** É fundamental a investigação e abordagem cirúrgica imediata frente às suspeitas neoplásicas dessa natureza, visando reduzir metástases, dado à lentidão dos métodos diagnósticos de um serviço de saúde pública do país.

Palavras-chave: Neoplasias colorretais, Estadiamento de neoplasias, Detecção precoce de câncer.

ABSTRACT

Objective: To report the case of a patient with colon cancer, discovered in a referral hospital for surgery in a city in the state of Pará. **Case report:** Male, 64 years old, complains of diarrhea, asthenia, and weight loss. On physical examination, he presented a palpable mass of 15 cm and movable on the right flank. Contrast-enhanced computed tomography of the abdomen showed an ascending colon tumor. Colonoscopy showed infiltrative blastomatous tumor with luminal stenosis in the distal ascending colon; sessile polyp in the transverse colon; biopsy showed moderately differentiated adenocarcinoma. After data analysis, the diagnosis of colon cancer was confirmed. The patient underwent enlarged right hemicolectomy, localized peritonectomy, lymphadenectomy and reconstruction with end-to-side ile-transverse anastomosis in two planes. The biopsy of the surgical specimen revealed an ascending colon with moderately differentiated tubular adenocarcinoma measuring 5.0 cm and infiltrating up to the mesocolon. Cancer staging indicated T3N2M0 and Dukes C. Semiannual cancer follow-up was oriented. **Final considerations:** Investigation and immediate surgical approach are essential in the face of neoplastic suspicions of this nature, aiming to reduce metastases, given the slow diagnostic methods of a public health service in the country.

Key words: Colorectal neoplasms, Neoplasm staging, Early detection of cancer.

¹Hospital Municipal de Altamira, Altamira - PA. *E-mail: hfbarile@hotmail.com

²Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), Belém - PA.

³Centro Universitário do Pará (CESUPA), Belém - PA.

RESUMEN

Objetivo: Reportar el caso de un paciente con cáncer de colon, descubierto en un hospital de referencia para cirugía en una ciudad del estado de Pará. **Caso clínico:** Hombre, 64 años, se queja de diarrea, astenia y pérdida de peso. En examen físico, presentó una masa palpable de 15 cm y móvil en flanco derecho. La tomografía computarizada de abdomen total con contraste mostro un tumor de colon ascendente. La colonoscopia mostro un tumor blastomatoso infiltrativo con estenosis luminal em colon ascendente distal; pólipos séssil em colon transverso; La biopsia mostro adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Después del análisis de datos, se confirmó el diagnóstico de cáncer de colon. El paciente se sometió a una hemicolectomía derecha ampliada, peritonectomía localizada, linfadenectomía y reconstrucción con anastomosis iletraversal de extremo a lado em dos planos. La biopsia de la muestra quirúrgica reveló un colon ascendente con adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado que mide 5.0 cm e infiltrado em el mesocolon. La estadificación del cáncer indicó T3N2M0 y Dukes C. El seguimiento semestral del cáncer estaba orientado. **Conclusión:** La investigación y el abordaje quirúrgico inmediato a las sospechas neoplásicas de esta naturaleza son esenciales, con el objetivo de reducir las metástasis, dados los lentos métodos de diagnóstico de un servicio de salud pública em el país. **Consideraciones finales:** La investigación y un abordaje quirúrgico inmediato son esenciales ante las sospechas neoplásicas de esta naturaleza, con el objetivo de reducir las metástasis, dados los lentos métodos de diagnóstico de un servicio de salud pública em el país.

Palabras clave: Neoplasias colorrectales, Estadificación de neoplasias, Detección precoz del cáncer.

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é o terceiro tipo de câncer mais comum em homens e o segundo em mulheres, considerando 1477402 casos novos em ambos os sexos em 2015 [1]. Nesse mesmo ano, o Brasil foi o décimo país com a maior incidência de CCR, com 37.167 novos casos em ambos os sexos e, piorando a situação, sua incidência e mortalidade continuam aumentando no país. Nos Estados Unidos, é o quarto câncer mais incidente e a segunda principal causa de morte por câncer (SIEGEL RL, et al., 2014).

Quanto à localização, nos Estados Unidos (EUA) está havendo uma recente “migração” do tumor colorretal do cólon esquerdo para o cólon direito. O cólon direito já é o local onde mais frequentemente encontramos o tumor. Não se sabe ainda se tal fato é um resultado da maior disponibilidade da colonoscopia. A distribuição das lesões está assim dividida: reto/sigmoide (35%), cólon descendente (18%), cólon transverso (18%), ceco e cólon ascendente (38%) (GOLDMAN L, AUSIELLO D, 2012).

Os tumores colorretais se iniciam como lesões epiteliais intramucosas, geralmente surgindo a partir de pólipos adenomatosos. Enquanto crescem, penetram na submucosa, invadem os linfáticos e ganham acesso aos linfonodos e tecidos vizinhos, assim como órgãos à distância. O carcinoma de cólon pode disseminar-se através da veia porta para o fígado; por via hematogênica para os pulmões e ossos; através do intestino para a gordura pericôlonica e o mesentério, invadindo os órgãos adjacentes (GOLDMAN L, AUSIELLO D, 2012).

Os sintomas variam de acordo com a localização anatômica da neoplasia. No tumor de cólon esquerdo (descendente, sigmoide) predomina alteração do hábito intestinal (constipação progressiva, ou constipação alternada com hiperdefecação ou diarreia). Esses sintomas vêm do fato de o cólon esquerdo ser de menor calibre e conter fezes semissólidas invés de líquidas e, caracteristicamente, as neoplasias do cólon esquerdo são mais infiltrativas, distorcendo a anatomia (KASPER DL, et al., 2017).

No câncer do cólon direito (ascendente, ceco), as lesões costumam ulcerar, predomina a perda de sangue oculto nas fezes e a anemia ferropriva. Esses tumores são altamente sangrantes, mas raramente causam obstrução do fluxo fecal, devido ao maior calibre do cólon e por conter fezes de consistência líquida. Podem crescer bastante antes de causarem sintomas obstrutivos e outras alterações dos hábitos intestinais. Geralmente são tumores maiores e mais invasivos ao diagnóstico (KASPER DL, et al., 2017).

Devido a sua localização intrapélvica, os cânceres retais podem invadir diretamente a vagina, a próstata, a bexiga, os ureteres e os ossos da pelve, como também podem produzir metástases para os pulmões e fígado. As metástases pulmonares podem ocorrer antes das hepáticas, pois a drenagem venosa retal da vazão no sistema cava (KASPER DL, et al., 2017).

Entre as variáveis que determinam o prognóstico de paciente diagnosticados com câncer colorretal, estão o nível profundidade da invasão tumoral na parede intestinal, do acometimento dos linfonodos regionais e de metástases a distância. Os sistemas que se dispõem para realizar o estadiamento são o TNM e o antigo sistema de Dukes, posteriormente modificado por Astler-Coller. O mais utilizado tem sido o primeiro, onde T representa a profundidade da penetração tumoral, N o acometimento de linfonodos e M a presença ou não de metástases a distância.

Quando identificada precocemente, é uma patologia que apresenta um bom prognóstico, sendo a cirurgia o seu tratamento primário. A qual pode ser considerada com intenção curativa, quando promove a remoção completa do tumor primário com margens de segurança somado a ressecção de linfonodos regionais, mesocólon e suprimento vascular. Mesmo no caso de metástases a distância, o tumor deve ser ressecado, sempre que possível, para evitar complicações futuras (obstrução, perfuração).

A margem de segurança mínima segundo a maioria dos autores, é de 5 cm; Também pode ter intenção paliativa, quando sua finalidade é aliviar ou reduzir os sintomas em pacientes que não tenham condições de cura por ressecção (metástases irressecáveis à distância ou localmente disseminadas e invasão de estruturas vitais), assim promovendo a qualidade de vida (CORDEIRO F, et al., 2004).

Apesar de ser um tipo de câncer com prognóstico relativamente bom, principalmente pelo vasto conhecimento acerca de sua história natural desta neoplasia, a mortalidade global deste tipo de tumor permanece alta no Brasil (os últimos dados de mortalidade são do ano de 2017, quando ocorreram 18.867 óbitos, sendo 9.207 homens e 9.660 mulheres), em especial naqueles pacientes operados em caráter de urgência (INCA 2016).

Este relato tem por objetivo descrever um caso de um paciente com câncer de cólon, descoberto após atendimento em um hospital de referência em cirurgia de uma cidade do Estado do Pará.

RELATO DE CASO

Um paciente masculino de 64 anos foi encaminhado a um hospital de referência em cirurgia de uma cidade do Estado do Pará com queixa de diarreia, astenia e emagrecimento importante (10Kg) ao longo de 2 meses. Durante uma anamnese rápida, paciente relatou fazer uso de "Noripurum" devido a um quadro de anemia crônica. Apresentava-se hipocorado e desidratado no momento da entrevista. Ao exame físico, apresentava abdome globoso, flácido, com presença de massa palpável de 15cm e móvel em flanco direito sem sinais de peritonite e panturrilhas livres.

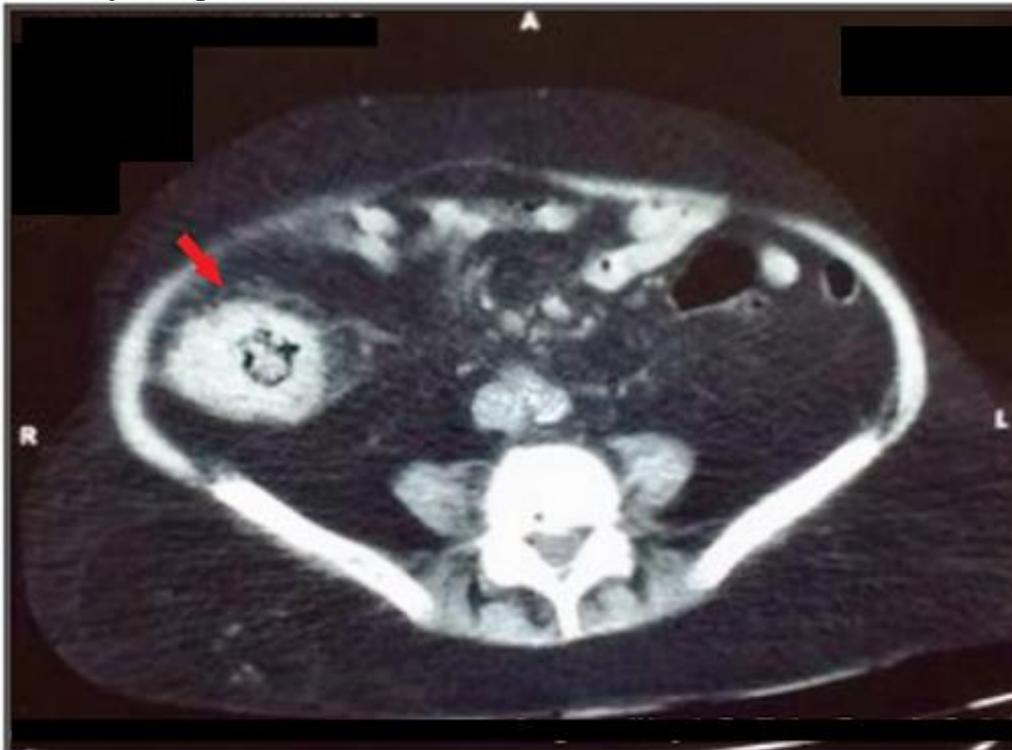
Foram solicitados alguns exames complementares, a fim de elucidar o diagnóstico, o hemograma apontou hemoglobina baixa: 8,3; a tomografia computadorizada (TC) de abdome superior e inferior com contraste evidenciou tumor de cólon ascendente. A colonoscopia apresentou tumoração blastomatosa infiltrativa com estenose luminal em cólon ascendente distal; pólipos séssil no cólon transversal (Yamada II); a biópsia apontou adenocarcinoma moderadamente diferenciado (**Figura 1**).

Após análise dos dados clínicos, radiográficos e histopatológicos se confirmou o diagnóstico de câncer de cólon. O paciente submetido ao tratamento cirúrgico, no qual realizada laparotomia exploradora, hemicolectomia direita ampliada, peritonectomia localizada, linfadenectomia e reconstrução com anastomose íleo-transversal término-lateral em dois planos (**Figura 2**).

A biópsia da peça cirúrgica foi realizada, caracterizou as topografias de íleo (presença de ileíte crônica com edema e congestão de vasos da submucosa), cólon ascendente (adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado medindo 5,0 cm e infiltrando até o mesocólon, presença de permação neoplásica angiolímfática e margens cirúrgicas livres), apêndice cecal (hiperplasia linfóide reacional) e mesocólon (metástase por adenocarcinoma em 4 linfonodos). O estadiamento do câncer indicou T3N2M0 e Dukes C.

Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. Margens cirúrgicas livres e ausência de metástase à distância. O paciente segue bem clinicamente, estável hemodinamicamente, com correção da anemia e evacuações presentes. Seguimento oncológico com avaliação dos níveis de CEA e tomografia computadorizada do abdome total semestral, assim como acompanhamento com o oncologista clínico.

Figura 1 - Tomografia computadorizada do abdome e pelve demonstrava espessamento mural circunferencial em curto segmento do cólon ascendente, com densificação da gordura mesentérica.



Fonte: Barile HF, et al., 2020.

Figura 2 - Tumor de cólon ascendente.



Fonte: Barile HF, et al., 2020.

DISCUSSÃO

A inativação de genes supressores tumorais (APC, DCC, p53), assim como a ativação de oncogenes como o K-ras, foram descritas. Acredita-se que o carcinoma colorretal se desenvolva a partir de pólipos adenomatosos que acumulem esses defeitos com o tempo (LONG DL, et al., 2013).

Ao detectar uma lesão maligna no intestino grosso, a abordagem terapêutica ideal é a ressecção total do tumor. No entanto, antes da cirurgia, deve-se realizar uma investigação para presença de doença metastática, que inclui exame físico completo, exame laboratorial da função hepática, determinação dos níveis plasmáticos do CEA (possui valor pronóstico) e uma TC de tórax, abdome e pelve. Se possível, uma colonoscopia total com visualização de todo o cólon, a fim de encontrar neoplasias sincrônicas e pólipos também deve ser realizada. A detecção de metástases não deve contraindicar a cirurgia em pacientes com sintomas como sangramento gastrointestinal ou obstrução, achados que podem indicar cirurgia menos radical.

Caso o tumor do cólon seja localmente avançado, as ressecções externas manifestam melhores índices de tratamento; além disso, durante o seguimento clínico e orientações terapêuticas, é imprescindível realizar o estadiamento do tumor ressecado para que possa ser realizada a avaliação da sobrevida nos pacientes expostos. No caso descrito, o paciente apresentava lesão extensa para além da serosa, ulcerada ao mesocólon, acometimento de linfonodos regionais, sem metástase a distância, sendo o tumor classificado como T3N2M0, estágio III ou Dukes C.

A mortalidade por CRC diminuiu quase 35% de 1990 a 2007, enquanto a incidência apresentou redução de 50% do seu pico máximo nos Estados Unidos. Pensa-se que essa melhoria na incidência e na mortalidade sejam o resultado da prevenção e diagnóstico precoce do câncer por meio de exames e melhores modalidades de tratamento. No caso clínico em questão, deu-se o diagnóstico a partir do quadro clínico apresentado pelo paciente, associado aos exames radiográficos e histopatológicos.

No caso abordado, o paciente não havia realizado métodos de rastreio para a neoplasia. E sua descoberta foi decorrente a partir dos sintomas apresentados após instalação. Inúmeras sociedades fazem recomendação com relação ao rastreamento do CA colorretal, visto que as evidências sobre seus benefícios são claras. Segundo recomendação da American Cancer Society, o rastreamento da população geral deve se iniciar após os 45 anos de idade. Embora o padrão seja a colonoscopia, atualmente são cinco as estratégias de rastreamento mais aceitas: sangue oculto nas fezes (anualmente), sigmoidoscopia flexível (a cada cinco anos), enema baritado de duplo contraste (a cada cinco anos), colonoscopia (a cada dez anos) e colonoscopia virtual (a cada cinco anos) (NCCN, 2020).

Pacientes que apresentam câncer de cólon invasivo apropriado para ressecção requerem uma avaliação completa do estadiamento, incluindo biópsia, revisão de tecido patológico, colonoscopia total, hemograma completo, perfil químico, determinação de CEA e tomografia contrastada inicial de tórax, abdômen e pelve. (BALTHAZAR EJ, et al., 1988).

O estadiamento do câncer colorretal é baseado no método TNM (tumor, linfonodos, metástases) (AMIN MB, et al., 2017). Os tumores T1 envolvem a submucosa, os tumores T2 penetram através da submucosa a camada muscular própria, os tumores T3 penetram através da muscular própria tecidos pericólicas. Os tumores T4a penetram diretamente na superfície do peritônio visceral e tumores T4b invadem outros órgãos. O componente T do estadiamento do câncer de cólon é muito importante na determinação do prognóstico da doença, análises demonstraram que pacientes com estágio T4N0 têm uma sobrevida mais baixa do que aqueles com tumores T1–2, N1–2, como apresentado no caso (KIM MJ, et al., 2015).

A classificação regional dos linfonodos inclui N1a (1 linfonodo positivo); N1b (2-3 linfonodos positivos), N2a (4-6 positivos); e N2b (7 ou mais positivos). A sobrevida é inversamente correlacionada com o estágio N (N0, N1a, N1b, N2a e N2b) (AMIN MB, et al., 2017). De acordo com o estadiamento, o caso relatado não apresentou metástases à distância. Pacientes com metástases progressão de sobrevida determinadamente mais curta comparada àqueles sem envolvimento peritoneal. Franko J, et al. (2012). Além disto, antes de tomar uma decisão sobre a ressecção cirúrgica para um pólipos ou adenoma endoscopicamente ressecado, os médicos devem revisar a patologia e consultar o paciente (COOPER HS, et al., 1995).

Cerca de 90% dos tumores podem ser adequadamente ressecados e a mortalidade cirúrgica gira em torno de 2 a 10%. A extensão da ressecção varia de acordo com a localização da neoplasia. Segundo a literatura, para tumores de ceco e cólon ascendente, preconiza-se pela colectomia direita e ressecção de pequeno segmento de íleo distal e hemicolectomia direita.

Para tumores de cólon transverso: transversectomia. Tumores de flexura esplênica e cólon descendente: ressecção de cólon transverso distal (metade esquerda), cólon descendente e cólon sigmoide (hemicolectomia esquerda). Tumores no sigmoide: sigmoidectomia sem ressecção de cólon transverso e preservação de reto (NCCN, 2020).

Para o câncer de cólon não metastático ressecável, o procedimento cirúrgico preferido procedimento é colectomia com remoção em bloco da linfa regional. A extensão da colectomia deve ser baseada no tumor local, ressecando a porção do intestino e da arcada arterial contendo os linfonodos regionais. Outros linfonodos, como aqueles da origem do vaso que alimenta o tumor (linfonodo apical), também devem ser biopsiados ou removidos se possível. A ressecção deve ser completa para ser considerada curativa, e linfonodos positivos deixados para trás indicam uma ressecção incompleta (R2). No caso relatado, a ressecção foi completa, sendo considerada como curativa (BERGER AC, et al., 2005).

O paciente foi encaminhado para adjuvância com quimioterapia. Estudos populacionais e institucionais demonstraram que pacientes com câncer de cólon ressecado tratados com terapia adjuvante têm uma vantagem de sobrevida em relação àqueles não tratados com terapia adjuvante (BOLAND GM, et al., 2013).

Quanto a quimioterapia adjuvante, a definição de sua necessidade se dá por meio da avaliação histopatológica da peça cirúrgica, o chamado “estadiamento patológico”; uma vez que o estadiamento do T e do N baseado em exames de imagem possui menor confiabilidade (NCCN, 2020).

Segundo a literatura, para pacientes estágio III (N positivo, M0), como no caso abordado, sempre é indicado a quimioterapia adjuvante, a qual deve ser iniciada no máximo seis meses após a cirurgia. O tratamento adjuvante reduz em 30% a chance de recidiva de câncer de cólon nesses pacientes (NCCN, 2020).

O seguimento pós-operatório é imprescindível. Ele é variável de acordo com as diversas associações médicas de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva, com repetidas mudanças ao longo dos anos. Isso se dá a partir do crescente conhecimento sobre a história natural do carcinoma colorretal. O seguimento é composto de dosagem de CEA, colonoscopia, retossigmoidoscopia e tomografia de tórax e abdome, respeitando as suas distintas indicações e intervalo de realização. A sobrevida em 5 anos varia de acordo com o estadiamento: Estágio I T1: > 95%; Estágio I T2: 90%; Estágio II: 70-85%; Estágio III N1: 50-70%; Estágio III N2: 25-60% e Estágio IV: < 5%.

Quanto ao tratamento multidisciplinar, a administração de terapias pré (neoadjuvantes) e pós-operatórias combinadas reduz o risco de recidiva e aumenta a chance de cura para pacientes com tumores em estágios II e III. A terapia adjuvante é utilizada apenas em cerca de 50% dos pacientes com mais de 65 anos. Neste caso, o viés da idade avançada não é bom, pois os benefícios e provavelmente a tolerância à terapia adjuvante em pacientes com idade \geq 65 anos parecem ser semelhantes àqueles observados em pacientes mais jovens. A radioterapia adjuvante não é indicada rotineiramente.

Foi de fundamental importância o entendimento quanto ao diagnóstico e à abordagem cirúrgica imediata e precisa, com intuito de reduzir as chances de metástase e o tempo entre o diagnóstico e o tratamento é um desafio na atualidade dos serviços de saúde públicos no Brasil, nos quais os métodos diagnósticos são escassos e prolongados por inúmeros motivos, onde se aguardam de forma indiferente o desfecho da doença, que se não tratada em tempo hábil, afeta a sobrevida global dos pacientes com câncer de cólon.

REFERÊNCIAS

1. AMIN MB, et al. AJCC Cancer Staging Manual, 8th ed. New York: Springer International Publishing; 2017.
2. BALTHAZAR EJ, et al. Carcinoma of the colon: detection and preoperative staging by CT. AJR Am J Roentgenol 1988; 150: 301-306.

3. BERGER AC, et al. Colon cancer survival is associated with decreasing ratio of metastatic to examined lymph nodes. *J Clin Oncol* 2005;23:8706-8712.
4. BOLAND GM, et al. Association between adherence to National Comprehensive Cancer Network treatment guidelines and improved survival in patients with colon cancer. *Cancer*, 2013; 119: 1593-1601.
5. COOPER HS, et al. Endoscopically removed malignant colorectal polyps: clinicopathologic correlations. *Gastroenterology*, 1995; 108: 1657-1665.
6. Cordeiro, F. Diretrizes para diagnóstico, estadiamento e tratamento cirúrgico e multidisciplinar do câncer colorretal. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 2004; 50(1).
7. FRANKO J, et al. Treatment of colorectal peritoneal carcinomatosis with systemic chemotherapy: a pooled analysis of north central cancer treatment group phase III trials N9741 and N9841. *J Clin Oncol*, 2012; 30: 263-267.
8. HARI DM, et al. AJCC Cancer Staging Manual 7th edition criteria for colon cancer: do the complex modifications improve prognostic assessment? *J Am Coll Surg*, 2013; 217: 181-190.
9. GOLDMAN L e AUSIELLO D. *Cecil: Medicina Interna*. 24 ed. Saunders Elsevier, 2012.
10. HINES RB, et al. Predictors of guideline treatment nonadherence and the impact on survival in patients with colorectal cancer. *J Natl Compr Canc Netw* 2015; 13: 51-60.
11. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
12. KASPER DL, et al. *Medicina interna de Harrison*. 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017.
13. KIM MJ, et al. Survival paradox between stage IIB/C (T4N0) and stage IIIA (T1-2N1) colon cancer. *Ann Surg Oncol.*, 2015; 22: 505-512.
14. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). National Comprehensive Cancer Network. Colon Cancer (Version 3.2020). 2020. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf. Acesso em 06 abril. 2020.
15. LONG DL, et al. *Medicina Interna de Harrison*. 18 ed. Porto Alegre, RS: AMGH; 2013; 2.
16. SANTOS AC, et al. Emergency surgery for complicated colorectal cancer in central Brazil. *J Coloproctol. (Rio J.)* 2014; 34(2): 104-8.
17. SIEGEL RL, et al. Cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin.*, 2019; 69: 7-34.
18. WEST NP, et al. Complete mesocolic excision with central vascular ligation produces a noncologically superior specimen compared with standard surgery for carcinoma of the colon. *J Clin Oncol* 2010; 28: 272-278.