Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Perfil epidemiológico de neoplasias colorretais em um hospital-escola de Goiânia

Epidemiological profile of colorectal neoplasms in a teaching hospital in Goiânia

Perfil epidemiológico del cáncer colorrectal en un hospital docente de Goiânia

Gustavo Nunes Ramos[1], Giovana Netto Pinheiro[1], Luciana Morelli Caldeira[1].

RESUMO

Objetivos: Determinar o perfil epidemiológico do câncer colorretal em um hospital-escola de Goiânia, através da análise de exames anatomopatológicos de colonoscopias. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal quantitativo, realizado mediante análise de anatomopatológicos de colonoscopias realizadas entre 2022 e 2023/1, no laboratório de patologia do hospital. Analisou-se sexo, idade, localização do tumor, quadro histopatológico, padrão histológico e grau histológico. O software utilizado para análise estatística foi o Python. **Resultados:** A maior prevalência de câncer colorretal foi nas faixas etárias de 56-65 anos (29%) e 66-75 anos (27%). Pacientes com menos de 50 anos corresponderam a 15,75% da amostra. O adenocarcinoma foi o tipo histopatológico mais comum (67%), seguido por adenomas com displasia de alto grau (28%). A localização dos tumores mais frequente foi o reto (26%), e o padrão histológico tubular foi o mais encontrado. **Conclusão:** O estudo destaca a importância do rastreamento precoce, dado o número significativo de casos em menores de 50 anos. A continuidade da pesquisa é fundamental para monitorar tendências e ajustar as estratégias de tratamento.

Palavras-chave: Neoplasia colorretal, Programa de rastreamento, Epidemiologia.

ABSTRACT

Objectives: To determine the epidemiological profile of colorectal cancer in a teaching hospital in Goiânia, through the analysis of histopathological examinations of colonoscopies. **Methods:** This is a quantitative cross-sectional study, carried out through the analysis of histopathological examinations of colonoscopies performed between 2022 and 2023/1, in the pathology laboratory of the hospital. Sex, age, tumor location, histopathological picture, histological pattern, and histological grade were analyzed. The software used for statistical analysis was Python. **Results:** The highest prevalence of colorectal cancer was in the age groups of 56-65 years (29%) and 66-75 years (27%). Patients under 50 years of age accounted for 15.75% of the sample. Adenocarcinoma was the most common histopathological type (67%), followed by adenomas with high-grade dysplasia (28%). The most frequent tumor location was the rectum (26%), and the tubular histological pattern was the most common. **Conclusion:** The study highlights the importance of early screening, given the significant number of cases in individuals under 50 years of age. Continued research is essential to monitor trends and adjust treatment strategies.

Keywords: Colorectal neoplasms, Mass screening, Epidemiology.

[1] Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia – GO.

SUBMETIDO EM: 11/2025 | **ACEITO EM: 12/2025** | **PUBLICADO EM: 2/2026**

RESUMEN

Objetivos: Determinar el perfil epidemiológico del cáncer colorrectal en un hospital-escuela de Goiânia, mediante el análisis de exámenes anatomopatológicos de colonoscopias. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal cuantitativo, realizado mediante el análisis de exámenes anatomopatológicos de colonoscopias realizadas entre 2022 y 2023/1, en el laboratorio de patología del hospital. Se analizaron sexo, edad, localización del tumor, hallazgos histopatológicos, patrón y grado histológicos. El software utilizado para el análisis estadístico fue Python. **Resultados:** La mayor prevalencia de cáncer colorrectal se presentó en los grupos de edad de 56 a 65 años (29%) y 66 a 75 años (27%). Los pacientes menores de 50 años correspondieron al 15,75% de la muestra. El adenocarcinoma fue el tipo histopatológico más frecuente (67%), seguido de los adenomas con displasia de alto grado (28%). La localización tumoral más frecuente fue el recto (26%), y el patrón histológico tubular fue el más frecuente. **Conclusion:** El estudio destaca la importancia del cribado temprano, dado el número significativo de casos en menores de 50 años. Es fundamental continuar la investigación para monitorear las tendencias y ajustar las estrategias de tratamiento.

Palabras clave: Neoplasia colorrectal, Programa de detección, Epidemiología.

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal se manifesta no cólon e no reto, e é o terceiro tipo de câncer mais comum no Brasil, excluindo os tumores de pele não melanoma (INCA, 2023). Em escala global, ocupa a quarta posição em incidência e é a terceira principal causa de mortalidade por câncer, conforme dados da International Agency for Research on Cancer (IARC, 2024).

A maioria dos cânceres colorretais se origina de adenomas (pólipos adenomatosos), que se caracterizam pelo crescimento excessivo de células no revestimento interno do intestino grosso. O risco de um adenoma evoluir para câncer depende de seu padrão histológico e do grau de displasia, sendo esta classificada em baixo grau (baixo risco) ou alto grau (alto risco). Histologicamente, os adenomas são classificados em três padrões principais: tubular, viloso e túbulo-viloso. O tipo tubular é o mais frequente, enquanto os adenomas túbulo-vilosos e vilosos têm maior potencial de progressão para câncer (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2022). Os pólipos neoplásicos também podem ser serrilhados. Entre eles, destacam-se os adenomas serrilhados sésseis (ASS), mais comuns e com maior risco de malignização, e os adenomas serrilhados tradicionais (AST), que são mais raros (ROSTY C, et al., 2012).

Entre os tipos de câncer colorretal, o mais frequente é o adenocarcinoma, responsável por aproximadamente 90% dos casos. Ele se desenvolve majoritariamente a partir de um adenoma com displasia de alto grau. Outros tipos histológicos possíveis incluem carcinomas espinocelulares, tumores neuroendócrinos e melanomas (INCA, 2022)

Os adenocarcinomas podem ser mucinosos, quando mais de 50% da lesão é composta por lagos de muco com células neoplásicas soltas ou parcialmente revestidas por epitélio. Esses adenocarcinomas mucinosos não devem ser classificados como de alto (pouco diferenciado) ou baixo grau (muito diferenciado). Além disso, podem apresentar uma quantidade variável de células em anel de sinete. Se mais de 50% da lesão for composta por essas células, a neoplasia é classificada como carcinoma de células em anel de sinete, considerado um tumor de alto grau. Outra possível classificação é o adenocarcinoma do tipo adenoma-like, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como um "adenocarcinoma invasivo no qual = 50% das áreas invasivas apresentam características semelhantes a adenomas com estruturas vilosas e um aspecto de baixo grau". Já os tumores neuroendócrinos são neoplasias que podem surgir em diversos locais do corpo e são classificados em dois subtipos principais com base em suas diferenças moleculares: tumores neuroendócrinos bem diferenciados (NETs) e carcinomas neuroendócrinos pouco diferenciados (NECs) (NAGTEGAAL I, et al,. 2019)

Os sintomas do câncer colorretal variam de acordo com a localização do tumor. Tumores no cólon direito são frequentemente associados à presença de massa abdominal, sintomas sistêmicos e anemia, enquanto aqueles localizados no cólon esquerdo tendem a provocar sangramento nas fezes e obstrução intestinal.

Alterações nos hábitos intestinais, como constipação, são mais comuns no câncer retal (DUAN B, et al,. 2022). Dentre todos esses sintomas, vale destacar que sua evolução ocorre de forma insidiosa, fazendo com que os pacientes busquem apoio médico em estágios avançados da doença. Dessa forma, o rastreamento é fundamental para o diagnóstico precoce do câncer colorretal (ZATERKA S,et al,. 2023).

Anteriormente, de acordo com a Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP), o rastreamento do câncer colorretal era indicado a partir dos 50 anos para pessoas sem histórico familiar de tumores ou pólipos intestinais. Quase 70% dos pacientes afetados tinham mais de 65 anos, e a doença era rara antes dos 40 anos (DAVIS DM, et al,. 2011). No entanto, essa tendência vem mudando e as taxas de incidência do câncer colorretal em indivíduos jovens estão aumentando 2% a cada ano. Estimativas sugerem que, até 2030, 10% dos cânceres de cólon e 22% dos cânceres de reto sejam diagnosticados em indivíduos abaixo da idade de 50 anos (BAILEY CM, et al,. 2015). Em resposta a essa tendência, a American Cancer Society (ACS) reduziu, em junho de 2018, a idade recomendada para rastreamento do câncer colorretal, passando de 50 para 45 anos (AMERICAN CANCER SOCIETY/US, 2018).

A Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP) adota o consenso de rastreamento do câncer colorretal estabelecido pela ACS. Recomenda-se que indivíduos com risco médio de desenvolver câncer colorretal iniciem o rastreamento a partir dos 45 anos. Os métodos de rastreamento consistem na pesquisa anual de sangue oculto nas fezes, na sigmoidoscopia flexível a cada 5 anos ou na colonoscopia a cada 10 anos. Para aqueles com antecedentes familiares de parentes de primeiro grau diagnosticados com essa doença, recomenda-se iniciar esse monitoramento aos 40 anos de idade ou 10 anos antes da idade mais precoce em que algum parente foi diagnosticado com o câncer colorretal (AMERICAN CANCER SOCIETY/US, 2018).

Em julho de 2023, a American College of Physicians (ACP) publicou novas diretrizes para o rastreamento do câncer colorretal. Essas recomendações estabelecem que o rastreamento para pacientes assintomáticos deve começar aos 50 anos, em contraste com a abordagem atual, que sugere o início aos 45 anos. Após uma análise comparativa entre o início do rastreamento aos 45 e 50 anos, constatou-se que, ao adiar o início em cinco anos, foi possível prevenir um número limitado de casos (2 a 3 por 1.000 rastreados). No entanto, essa abordagem resultou em um aumento significativo no número de colonoscopias realizadas, saltando de 161 para 784 por 1.000 rastreados, além de uma maior incidência de complicações associadas ao procedimento, como perfurações do intestino. Além disso, as diretrizes também sugerem suspender o rastreamento em adultos de risco médio com mais de 75 anos ou expectativa de vida inferior a dez anos (QASEEM A, et al,. 2023). A SBCP, no entanto, assim como a ACS, afirma que existem discordâncias entre as sociedades médicas sobre a idade de início de rastreamento do câncer colorretal e mantém o rastreamento do câncer de intestino a partir dos 45 anos (SBCP, 2023).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), os casos de câncer de intestino aumentam, em média, cerca de 5% a cada ano no Brasil. Em 2022, foi registrado um aumento no número de brasileiros hospitalizados no Sistema Único de Saúde (SUS) devido a complicações graves relacionadas ao câncer colorretal. A Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, a Sociedade Brasileira de Coloproctologia e a Federação Brasileira de Gastroenterologia (FBG) identificaram que cerca de 265 pacientes eram internados diariamente, atingindo o maior patamar da última década. O aumento de casos de câncer colorretal, assim como a redução na idade de incidência, pode estar relacionado com fatores de risco presentes no estilo de vida, como o aumento do consumo de carne processada e de bebidas açucaradas, a ingestão excessiva de álcool, o sedentarismo e o tabagismo, além de fatores genéticos (PUZZONO M, et al,. 2021). Diante do crescente número de casos de câncer colorretal e da diminuição da idade de incidência, este trabalho tem como objetivo aprofundar a compreensão da epidemiologia desta doença na atualidade.

MÉTODOS

O trabalho é um estudo transversal quantitativo, realizado a partir da análise de exames anatomopatológicos referentes a colonoscopias realizadas entre 2022 e o primeiro semestre de 2023 no laboratório de patologia da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (SCMG).

Os critérios de inclusão envolveram laudos com diagnóstico confirmado de neoplasia de cólon e/ou reto, de pacientes com idade superior a 16 anos, realizados no período estipulado. Foram excluídos laudos que não apresentaram diagnóstico de neoplasia colorretal, exames realizados fora do período entre 2022 e 2023-1, e pacientes com menos de 16 anos. Ao final, foram incluídos 127 pacientes.

Como procedimento para coleta de dados, os laudos anatomopatológicos foram revisados e os dados relevantes extraídos manualmente. As variáveis analisadas incluíram sexo, idade, localização do tumor, quadro histopatológico, padrão histológico e grau histológico. A análise estatística foi conduzida com o uso de tabelas de contingência e o teste do qui-quadrado (Chi-Square) para verificar associações entre variáveis, adotando-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). O software utilizado para análise estatística foi o Python, com as bibliotecas SciPy e NumPy. A avaliação incluiu o cálculo do valor p, estatística do qui-quadrado, graus de liberdade e os valores esperados para cada categoria. O projeto, de CAAE 78773724.8.0000.0037 e com número de parecer 6.791.085, foi inscrito na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa.

RESULTADOS

A análise dos dados extraídos dos laudos anatomopatológicos do laboratório da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia revelou uma amostra de 127 pacientes com diagnóstico de câncer colorretal. A distribuição etária está detalhada na **Tabela 1**, que evidencia maior prevalência nas faixas de 56 a 65 anos e 66 a 75 anos. Observou-se também que 20 pacientes tinham menos de 50 anos.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes por faixa etária.

Idade (anos)	N	%
16-25	0	0%
26-35	5	4%
36-45	8	6%
46-55	20	16%
56-65	37	29%
66-75	34	27%
76-85	22	17%
86-95	1	1%
Total	127	100%

Fonte: Ramos GN, et al., 2026.

Distribuição por gênero

A distribuição dos diagnósticos por gênero mostrou que 55% dos casos foram em homens e 45% em mulheres. Destes grupos, 7,13% dos homens e 13,97% das mulheres foram diagnosticados na faixa etária de 26 a 45 anos. 74,18% dos homens e 68,41% das mulheres foram diagnosticados entre 46 e 75 anos. 18,56% dos homens e 17,54% das mulheres foram diagnosticados entre 76 e 95 anos.O pico de prevalência em homens se deu na faixa etária de 66-75 anos, enquanto nas mulheres foi na faixa etária de 56-65 anos, com 34,28% e 28,07% dos casos, respectivamente. Além disso, constatou-se que 65% daqueles com menos de 50 anos eram mulheres, enquanto 35% eram homens.

Localização do tumor

A análise da localização das neoplasias está apresentada na **Tabela 2**, com maior prevalência no reto (26%), reto e sigmoide (21%) e cólon sigmoide (17%). Destaca-se que 4 pacientes foram diagnosticados com mais de uma neoplasia.

Tabela 2 - Localização das neoplasias dos pacientes avaliados.

Localização	N	%
Íleo terminal + ceco + apêndice + cólon direito	12	9%
Ceco	5	4%
Cólon ascendente	16	12%
Ângulo esplênico	2	2%
Hemicólon direito	**35**	**27%**
Cólon descendente	3	2%
Cólon sigmóide	22	17%
Hemicólon esquerdo	**25**	**19%**
Cólon transverso	5	4%
Cólon (não especificado)	2	2%
Cólon (total)	**67**	**51%**
Reto e Sigmóide	27	21%
Reto	34	26%
Canal anal	3	2%
Reto (total)	**64**	**49%**

Fonte: Ramos GN, et al., 2026.

A localização mais comum dos tumores foi no reto e na região retossigmoide, tanto em pacientes com menos de 50 anos quanto naqueles com mais de 50. A análise estatística não evidenciou associação ou dependência entre as variáveis localização e idade (p = 0.8231).

Características anatomopatológicas

O quadro histopatológico dos tumores está descrito na **Tabela 3**, com predominância de adenocarcinomas (67,17%), seguidos por adenomas com displasia de alto grau (28,24%) e carcinoma de células escamosas (2,29%). Os 2,29% restantes foram diagnosticados como outras neoplasias, incluindo melanoma nodular, tumor neuroendócrino de submucosa e neoplasia em padrão "sal com pimenta").

Tabela 3 - Quadros histopatológicos das neoplasias dos pacientes analisados.

Quadro histopatológico	N	%
Adenocarcinoma	88	67%
Adenoma com displasia de alto grau	37	28%
Carcinoma de células escamosas	3	2%
Outros	3	2%
Total	131	100%

Fonte: Ramos GN, et al., 2026.

Na faixa etária de 26-45 anos, 2 casos (15,38%) foram de adenoma com displasia de alto grau e 11 casos (84,61%) foram de adenocarcinoma. Na faixa etária de 46-75 anos, 28 casos (29,78%) foram de adenoma com displasia de alto grau e 62 casos (65,95%) foram de adenocarcinoma, 1 caso (1,06%) foi de tumor neuroendócrino, 2 casos (2,13%) foram de carcinoma de células escamosas e 1 caso (1,06%) foi de outras descrições anatomopatológicas. Na faixa etária de 76-95 anos, 7 casos (29,17%) foram de adenoma com displasia de alto grau, 15 casos (62,50%) foram de adenocarcinoma, 1 caso (4,17%) foi de carcinoma de células escamosas e 1 caso (4,17%) foi de outras descrições anatomopatológicas.

Entre os adenocarcinomas, os padrões histológicos mais prevalentes foram o padrão tubular, presente em 48 casos (55%), seguido pelo padrão tubular com áreas cribriformes, com 18 casos (20%). Outros subtipos identificados incluíram: adenoma-like em 7 casos (8%), mucinoso em 2 casos (2%), células em "anel de sinete" em 2 casos (2%), restrito à submucosa em 1 caso (1%), serrilhado em 3 casos (3%), tubular com áreas serrilhadas em 1 caso (1%), tubular com lagos mucinosos em 4 casos (5%), túbulo-viloso em 1 caso (1%) e tubular com áreas cribriformes e mucinosas em 1 caso (1%). A **Tabela 4** apresenta esses resultados, comparando também os adenocarcinomas em pacientes com menos de 50 anos com aqueles em pacientes com mais de 50 anos. Os dados indicam uma predominância do padrão tubular, independentemente da faixa etária, e a análise estatística não evidenciou associação ou dependência entre as variáveis padrão histológico e idade (p = 0.3509).

Tabela 4 - Padrões histológicos em relação ao grupo etário.

Padrão histológico	< 50	%	> 50	%	Total	%
Adenoma-like	2	14%	5	7%	7	8%
Mucinoso	1	7%	1	1%	2	2%
Células em "anel de sinete"	0	0%	2	3%	2	2%
Restrito à submucosa	1	7%	0	0%	1	1%
Serrilhado	0	0%	3	4%	3	3%
Tubular	6	43%	42	57%	48	55%
Tubular com áreas cribriformes	4	29%	14	19%	18	20%
Tubular com áreas serrilhadas	0	0%	1	1%	1	1%
Tubular com lagos mucinosos	0	0%	4	5%	4	5%
Túbulo-viloso	0	0%	1	1%	1	1%
Tubular com áreas cribriformes e mucinosas	0	0%	1	1%	1	1%
Total	14	100%	74	100%	88	100%

Fonte: Ramos GN, et al., 2026.

O grau de diferenciação tumoral dos adenocarcinomas está detalhado na **Tabela 5**, com maior prevalência de tumores de alto grau (43%), seguidos por baixo grau (40%) e moderado (16%). Na **Tabela 6**, foi realizada uma análise por grupos etários que revelou distribuição semelhante entre os graus, sem associação estatisticamente significativa entre o grau histológico e a idade (p = 0,712).

Tabela 5 - Grau de diferenciação tumoral nos pacientes diagnosticados com adenocarcinoma.

Grau histológico	Adenocarcinomas	%
Grau 1 (Baixo Grau)	35	40%
Grau 2 (Moderado)	14	16%
Grau 3 (Alto Grau)	38	43%
Não classificado	1	1%
Total	88	100%

Fonte: Ramos GN, et al., 2026.

Tabela 6 - Grau de diferenciação tumoral conforme o grupo etário.

Grau histológico	< 50 anos	%	> 50 anos	%
Grau 1 (Baixo Grau)	7	50%	29	39%
Grau 2 (Moderado)	1	7%	12	16%
Grau 3 (Alto Grau)	6	43%	31	42%
Não classificado	0	0%	2	3%
Total	14	100%	74	100%

Fonte: Ramos GN, et al., 2026.

DISCUSSÃO

Os dados mostram uma distribuição relativamente equilibrada entre os sexos, com uma leve predominância de homens (55%) em relação às mulheres (45%). Esse achado está em concordância com as estatísticas da IARC sobre a América do Sul em 2022, que também evidenciam uma maior incidência de câncer colorretal em homens (13,2 por 100.000 habitantes) comparado às mulheres (10,8 por 100.000 habitantes) (IARC | CANCER TODAY, 2024)

Foi encontrado uma concentração dos casos em faixas etárias mais avançadas, especialmente entre 56 e 75 anos. Não houve casos registrados na faixa etária de 16-25 anos e a prevalência foi muito baixa na faixa de 86-95 anos, período em que a recomendação para o rastreamento varia entre os coloproctologistas. A distribuição etária observada corrobora a percepção de que o câncer colorretal continua a ser uma doença associada ao envelhecimento. No entanto, a identificação de casos em pacientes mais jovens também é de importância para o desenvolvimento de políticas de rastreio.

Referente à população de idade inferior a 50 anos e, portanto, situada fora das antigas diretrizes de rastreio do câncer colorretal, evidenciou-se 20 pacientes. Esses dados, que se referem a 15,75% dos integrantes do estudo, indicam a importância da redução da idade inicial do rastreio. Somado a isso, tem-se observado em estatísticas internacionais a tendência de aumento na incidência de câncer colorretal em

pacientes com idade inferior a 50 anos (SEER EXPLORER, 2022).

Foi observado um maior número de diagnósticos de câncer colorretal em homens na faixa etária de 66-75 anos, enquanto o pico de incidência em mulheres ocorre entre 56 e 65 anos. Em estudo realizado em 2020, verificou-se que 43,6% dos pacientes com idade inferior a 50 anos eram do sexo masculino e 56,4% do sexo feminino (SILVA FMMD, 2020). De forma semelhante, o presente estudo constatou que 65% dos pacientes com idade abaixo de 50 anos eram mulheres, mas essa relação se inverte nas faixas etárias mais avançadas, onde a prevalência é maior em homens. Dessa forma, percebe-se um padrão de diagnóstico do câncer colorretal de forma mais precoce em mulheres, das quais 13,97% foram diagnosticadas até a idade de 45 anos, em contraposição aos homens, dos quais apenas 7,13% foram diagnosticados no mesmo grupo etário.

Esses dados sugerem duas possíveis interpretações. Numa delas, as mulheres desenvolvem câncer colorretal mais jovens em relação aos homens, possivelmente devido a fatores biológicos, genéticos ou comportamentais que aumentem o seu risco. Outra possibilidade é que as mulheres iniciem o rastreamento para câncer colorretal mais cedo do que os homens, resultado de campanhas de conscientização mais eficazes direcionadas às mulheres ou uma maior propensão das mulheres a buscar cuidados preventivos de saúde.

A localização dos tumores apresentou padrão semelhante tanto em pacientes com mais de 50 anos quanto em pacientes mais jovens ($p = 0.8231$). As regiões mais acometidas foram o reto (26%) e a região reto-sigmoide (21%). O cólon sigmoide isolado também apresentou alta prevalência (17%). Esses achados estão alinhados com a literatura, que aponta maior incidência de neoplasias colorretais nas regiões distais do trato gastrointestinal (SILVA FMMD, 2020). Referente ao cólon, o hemicólon direito foi acometido em 27% dos casos e o hemicólon esquerdo (excluindo o reto) foi menos afetado, correspondendo a 19% dos casos, com o cólon descendente representando apenas 2%. Esse padrão de distribuição entre o cólon direito e esquerdo também foi evidenciado em trabalho publicado em 2021, em que houve maior proporção de neoplasias em cólon direito do que esquerdo (ROHENKOHL CA, et al., 2021). Vale ressaltar que, em 2% dos casos, a localização da neoplasia não foi especificada, sugerindo a necessidade de melhor categorização e registro de dados anatômicos nos laudos patológicos para aprimorar a compreensão do comportamento da doença.

O adenocarcinoma, correspondente a 67% dos diagnósticos, foi o tipo histopatológico predominante em todas as faixas etárias, o que está em conformidade com a literatura que aponta este quadro como o mais comum em termos de câncer colorretal (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA, 2022). A prevalência de adenoma com displasia de alto grau (28%) é significativa, sugerindo que muitos pacientes estavam em estágios pré-malignos, o que destaca a importância do rastreamento como estratégia de prevenção. Diagnósticos menos comuns, como carcinoma de células escamosas (2,29%) e neoplasias raras, como melanoma nodular e tumores neuroendócrinos, também foram registrados, demonstrando a diversidade das apresentações histológicas na amostra.

Os padrões histológicos dos adenocarcinomas indicam uma predominância do padrão tubular, presente em 55% dos casos, seguido pelo tubular com áreas cribriformes (20%). Entre os adenomas com displasia de alto grau, o padrão tubular também foi o mais frequente, ocorrendo em 86,5% dos casos, enquanto 10,8% apresentaram padrão túbuloviloso. Esses dados são compatíveis aos encontrados em estudo anterior realizado em 2003, que identificou 62% das lesões com padrão tubular e 9,8% com padrão túbulo-viloso. Assim, o padrão tubular, considerado possivelmente menos agressivo, permanece como o tipo mais comum (LUPINACCI R, et al., 2003). Ao avaliar os dados por faixa etária, observou-se que a distribuição dos padrões histológicos dos adenocarcinomas é semelhante em pacientes com mais e com menos de 50 anos. A análise estatística deste estudo não encontrou uma associação significativa entre o padrão histológico e a idade ($p = 0,3509$), o que também corrobora os resultados do estudo de 2003.

A classificação dos tumores seguiu a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2019, que divide os adenocarcinomas em três graus de diferenciação. A análise revelou que 40% dos adenocarcinomas foram classificados como grau 1, indicando que são bem diferenciados e apresentam um prognóstico mais favorável. Outros 16% foram classificados como grau 2, enquanto a maioria, 43%, foram categorizados como grau 3, ou seja, pouco diferenciados e com pior prognóstico. Esses dados se contrapõem ao encontrado em outras bibliografias, onde o grau histológico 2 é o mais frequentemente encontrado (ROHENKOHL CA, et al., 2021)(SILVA FMMD, et al., 2020). Ao comparar o grau de diferenciação dos adenocarcinomas entre pacientes com mais e menos de 50 anos, foi observado um valor p de aproximadamente 0,712. Esses dados indicam que a idade dos pacientes não parece influenciar de maneira significativa o grau histológico dos adenocarcinomas colorretais analisados.

O presente estudo apresentou como fatores limitantes o tamanho da amostra, condicionado pelo número de colonoscopias que foram analisadas no laboratório de anatomopatológicos do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia e o fato de o estudo ter sido realizado em um único hospital, o que pode restringir a generalização dos resultados para a população em geral. Além disso, a dependência de laudos anatomopatológicos pode não refletir toda a variabilidade clínica dos pacientes. Contudo, as informações obtidas possibilitaram compreender o perfil epidemiológico contemporâneo do paciente com câncer colorretal na instituição e podem orientar as políticas públicas de rastreio populacional com colonoscopias.

CONCLUSÃO

Os dados deste estudo revelaram um perfil epidemiológico que indica a predominância do câncer colorretal na faixa etária de 56 a 65 anos e um maior número de casos entre homens. As lesões localizaram-se principalmente no reto, e o quadro histopatológico mais comum foi o adenocarcinoma. O padrão tubular foi o mais frequente, tanto nos adenocarcinomas quanto nos adenomas de alto grau, e a maioria dos adenocarcinomas apresentou alto grau histológico. A identificação de neoplasias na população abaixo de 50 anos, demonstra a importância das políticas de rastreio voltadas ao público mais jovem. Assim, o estudo reforça a importância de campanhas de conscientização e políticas de saúde que promovam o rastreamento precoce, com o objetivo de reduzir a mortalidade e melhorar o prognóstico dos pacientes. A continuidade de pesquisas na área é essencial para monitorar as tendências epidemiológicas e ajustar as estratégias de rastreamento e tratamento.

AGRADECIMENTOS

Registra-se o agradecimento ao hospital-escola, pela disponibilização do acesso aos dados registrados nos laudos anatomopatológicos de seu laboratório de patologia, assim como à Pontifícia Universidade Católica de Goiás, por ser a instituição de ensino superior de origem dos pesquisadores.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN CANCER SOCIETY/US Multisociety Task Force on Colorectal Cancer/American College of Radiology (ACS/USMSTF/ACR). Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. 2018.
2. BAILEY CE, et al. Increasing disparities in the age-related incidences of colon and rectal cancers in the United States, 1975-2010. JAMA surgery. 2015;150(1):17-22. doi: 10.1001/jamasurg.2014.1756.
3. IARC | CANCER TODAY. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Both sexes, in 2022. 08.02.2024. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=cancer&cancers=41&group_populations=1&types=1. Acesso em: 11 out. 2024.
4. IARC | CANCER TODAY. 2024. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Males and Females, in 2022. 08.02.2024. Disponível em: https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/bars?mode=population&group_populations=0&types=0&sexes=

1_2&sort_by=value0&cancers=8&populations=905_906_910_911_912_913_914_915_916_920_921_922_923_924_925_926_927_928_931_954_957. Acesso em: 25 set. 2024.
5. DAVIS DM, et al. Is It Time to Lower the Recommended Screening Age for Colorectal Cancer? Journal of the American College of Surgeons. 2011;213(3):352-61. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2011.04.033.
6. DUAN B, et al. Colorectal Cancer: An Overview. In: Morgado-Diaz JA, editor. Gastrointestinal Cancers [Internet]. Brisbane (AU): Exon Publications; 2022 Sep 30. Chapter 1.
7. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. 2023. Câncer de cólon e reto. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios/cancer-de-colon-e-reto#:~:text=Sem%20considerar%20os%20tumores%20de,câncer%20mais%20frequentes%20no%20Brasil.. Acesso em: 11 out. 2024.
8. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. 2022. Câncer de intestino: Versão para profissionais de saúde. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/intestino. Acesso em: 25 set. 2024.
9. LUPINACCI R, et al. Análise comparativa das características clínicas, anátomo-patológicas e sobrevida entre pacientes com câncer colo-retal abaixo e acima de 40 anos de idade. Rev bras Coloproct. 2003;23(3):155-162.
10. NAGTEGAAL ID, et al. The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. Histopathology. 2019;76(2):182-8. doi: 10.1111/his.13975.
11. PUZZONO M, et al. The Role of Diet and Lifestyle in Early-Onset Colorectal Cancer: A Systematic Review. Cancers. 2021;13(23):5933. doi: 10.3390/cancers13235933.
12. QASEEM A, et al. Screening for Colorectal Cancer in Asymptomatic Average-Risk Adults: A Guidance Statement From the American College of Physicians (Version 2). Annals of Internal Medicine. 2023;176(8):1092-100. doi: 10.7326/M23-0779.
13. ROHENKOHL CA, et al. Epidemiological Profile of Patients with Colorectal Cancer from a Hospital in Rio Grande do Sul, Brazil. Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro). 2021;41:1-7. doi: https://doi.org/10.1055/s-0041-1725048.
14. ROSTY C, et al. Serrated polyps of the large intestine: current understanding of diagnosis, pathogenesis, and clinical management. Journal of Gastroenterology. 2012;48(3):287-302. doi: 10.1007/s00535-012-0720-y.
15. SBCP. 2023. American College of Physicians recomenda rastreio do câncer colorretal a partir dos 50 anos. Disponível em: https://sbcp.org.br/medico/american-college-of-physicians-recomenda-rastreio-do-cancer-colorretal-a-partir-dos-50-anos/. Acesso em: 25 set. 2024.
16. SILVA FMMD, et al. Colorectal cancer in patients under age 50: a five-year experience. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2020;47. doi: https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202406.
17. SEER Explorer. 2022. Surveillance Research Program; National Cancer Institute. SEER Explorer: An interactive website for SEER cancer statistics. Disponível em: https://seer.cancer.gov/statistics-network/explorer/application.html?site=1&data_type=1&graph_type=2&compareBy=sex&chk_sex_3=3&chk_sex_2=2&rate_type=2&race=1&age_range=1&hdn_stage=101&advopt_precision=1&advopt_show_ci=on&hdn_view=0&advopt_show_apc=on&advopt_display=2#resultsRegion0. Acesso em: 25 set. 2024.
18. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TELESSAÚDERS-UFRGS). Telecondutas: Pólipos Colorretais: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS. 4 fev. 2022.
19. WHO Classification of Tumors Editorial Board. Digestive System Tumors. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2019. (WHO Classification of Tumours Series, 5th ed.; vol. 1).
20. ZATERKA S, et al. Tratado de Gastroenterologia - Da Graduação à Pós-graduação. 3a ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2023.