

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

BEATRIZ SANT'ANA ISAIAS RODRIGUES

EMANOELLY COELHO MORAIS

**RESOLUÇÃO CIRÚRGICA DE CÂNCER DE CÓLON DIREITO
ESPORÁDICO LOCALMENTE AVANÇADO E O IMPACTO DO
RASTREAMENTO PRECOCE: RELATO DE CASO**

Duque de Caxias

2021

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

BEATRIZ SANT'ANA ISAIAS RODRIGUES
EMANOELLY COELHO MORAIS

**RESOLUÇÃO CIRÚRGICA DE CÂNCER DE CÓLON DIREITO
ESPORÁDICO LOCALMENTE AVANÇADO E O IMPACTO DO
RASTREAMENTO PRECOCE: RELATO DE CASO**

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II como um dos requisitos para a conclusão do Curso de Medicina.

Orientador: Professor Luiz Fernando Ferreira Miller

Duque de Caxias

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UNIGRANRIO/AFYA – BIBLIOTECA EUCLIDES DA CUNHA

R696r Rodrigues, Beatriz Sant'Ana Isaias.

Resolução cirúrgica de câncer de cólon direito esporádico localmente avançado e o impacto do rastreamento precoce : um relato de caso / Beatriz Sant'Ana Isaias Rodrigues, Emanoelly Coelho Moraes. – Duque de Caxias, 2021.

51 f. : il. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Medicina) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da Saúde, Duque de Caxias, 2021.

“Orientador: Professor Luiz Fernando Ferreira Miller”.

Referências: f. 48-49.

1. Medicina. 2. Cólon (Anatomia) - Câncer. 3. Reto - Câncer. I. Moraes, Emanoelly Coelho. II. Miller, Luiz Fernando Ferreira. III. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”. IV. Título.

CDD – 610

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

BEATRIZ SANT'ANA ISAIAS RODRIGUES

EMANOELLY COELHO MORAIS

**RESOLUÇÃO CIRÚRGICA DE CÂNCER DE CÓLON DIREITO
ESPORÁDICO LOCALMENTE AVANÇADO E O IMPACTO DO
RASTREAMENTO PRECOCE: RELATO DE CASO**

Aprovado pela banca:

Prof. _____

Prof. _____

Em _____ de _____ 2021

Duque de Caxias

2021

DEDICATÓRIA

Aos nossos familiares, por todo apoio, carinho e compreensão;

Aos nossos amigos, que sempre deixaram o caminho mais agradável;

Aos nossos professores, por todo conhecimento e inspiração;

E aos nossos familiares que não estão mais entre nós, mas que sempre farão parte desse sonho.

AGRADECIMENTOS

Nenhum passo teria sido dado sem nossa fé em primeiro lugar. Nos momentos de estresse e ansiedade, Deus sempre esteve presente nos trazendo conforto e esperança para continuar. E com essa fé seguiremos concluindo os próximos desafios da nossa jornada profissional.

Agradecemos ao nosso querido orientador, Luiz Fernando Ferreira Miller, que nos cativou desde o primeiro momento. Nos inspiramos em sua gentileza, humanidade, inteligência e dedicação. Foi um dos professores que mais marcou nossa trajetória acadêmica e pessoal. Sem sua paciência e prestatividade jamais teríamos concluído nosso trabalho com êxito. Admiramos seu amor ao que faz.

Obrigada aos nossos familiares, especialmente aos nossos pais, que acreditam e investem em nós diariamente. Sem eles, concretizar esse sonho não seria possível. Temos o privilégio de ter pessoas tão incríveis fazendo parte da nossa formação.

Obrigada aos nossos amigos da faculdade por dividirem essa caminhada conosco e tornarem tudo mais leve. E aos amigos que não fazem parte dessa rotina, mas que nos apoiam e vibram com as nossas conquistas.

Além disso, não poderíamos deixar de agradecer uma a outra pela parceria tanto dentro quanto fora da faculdade. Sem nossa amizade e carinho, não teríamos unido nossos interesses, realizado um trabalho tão singular de maneira tão descontraída. Que nossa amizade siga além desses seis anos.

EPÍGRAFE

“O que tem que vir conosco das histórias passadas é a transformação que elas nos proporcionaram. Não levemos a história, e sim o produto da história... E a história só terá um produto se tiver mesmo havido um encontro, se realmente mergulhamos nela por inteiro.”

- Ana Cláudia Quintana Arantes

RESUMO

Introdução: o câncer colorretal esporádico assume um papel de protagonismo nos índices de prevalência e incidência mundiais, embora haja uma constante atualização dos protocolos e novas pesquisas sobre do rastreamento e prevenção, e seja uma doença com bons resultados após o tratamento adequado. **Objetivos:** evidenciar a importância da abordagem preventiva, visando evitar o desenvolvimento da doença e a necessidade de intervenções complexas e invasivas, além de apresentar êxito em ressecções cirúrgicas extensas do tumor. **Métodos:** apresentar, comparar e discutir relato de caso com o que há de mais relevante e recente na literatura a respeito do tema. **Relato de caso:** paciente feminina de 58 anos portadora de câncer de cólon direito esporádico localmente avançado submetida a colectomia direita associada a gastroduodenopancreatectomia bem sucedida. **Conclusões:** esse tipo de neoplasia pode ser facilmente evitado, tendo conhecimento acerca dos fatores de risco e das recomendações de prevenção, além de evidenciar que um paciente portador de câncer de cólon ascendente não metastático apesar de se submeter a um procedimento cirúrgico complexo, pode ter uma boa evolução no pós-operatório e um aumento da sobrevida.

Palavras-chave: Câncer Colorretal, Cólon Direito, Gastroduodenopancreatectomia.

ABSTRACT

Background: Sporadic colorectal cancer plays a leading role and prevalence rates worldwide, although there are constant research updates on screening and prevention, and being a disease with good results after adequate treatment. **Objectives:** Highlight the importance of a preventive approach, with the goal of stopping the development of the disease and the need for complex and invasive interventions, in addition to being successful in extensive surgical resections of the tumor. **Methods:** present, compare and discuss case studies with what is most relevant and recent in the literature on the subject. **Case report:** a 58-year-old female patient with locally advanced sporadic right colon cancer who underwent right colectomy associated with well-fixed gastroduodenopancreatectomy. **Conclusions:** this type of neoplasm can be easily avoided, having knowledge of the risk factors and prevention recommendations, in addition to showing that a patient with ascending non-metastatic colon cancer, despite undergoing a complex surgical procedure, may have a good postoperative evolution and an increase in survival.

Keywords: Colorectal Cancer, Right Colon, Gastroduodenopancreatectomy.

LISTA DE ABREVIATURAS

CCR – Câncer Colorretal

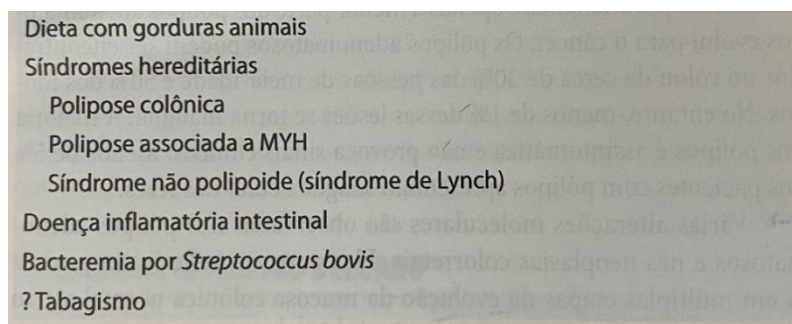
CEA – Antígeno Carcinoembrionário

GDP - Gastroduodenopancreatectomia

HMMRC – Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo

TC – Tomografia Computadorizada

LISTA DE QUADROS



Dieta com gorduras animais
Síndromes hereditárias
Polipose colônica
Polipose associada a MYH
Síndrome não polipoide (síndrome de Lynch)
Doença inflamatória intestinal
Bacteremia por <i>Streptococcus bovis</i>
? Tabagismo

Quadro 1. Fatores de Risco Para o Desenvolvimento de Câncer Colorretal.

Fonte: Medicina Interna de Harrison, 2017.

LISTA DE TABELAS

Primary Tumor (T)
TX Primary tumor cannot be assessed
T0 No evidence of primary tumor
Tis Carcinoma in situ: intraepithelial or invasion of lamina propria
T1 Tumor invades submucosa
T2 Tumor invades muscularis
T3 Tumor invades through the muscularis propria into pericorectal tissue
T4a Tumor penetrates to the surface of the visceral peritoneum
T4b Tumor directly invades or is adherent to other organs or structures
Regional Lymph Nodes (N)
NX Regional lymph nodes cannot be assessed
N0 No regional lymph node metastasis
N1 Metastasis in 1-3 regional lymph nodes
N1a Metastasis in one regional lymph node
N1b Metastasis in 2-3 regional lymph nodes
N1c Tumor deposit(s) in the subserosa, mesentery, or nonperitonealized pericolic or perirectal tissues without regional nodal metastasis
N2 Metastasis in 4 or more regional lymph nodes
N2a Metastasis in 4-6 regional lymph nodes
N2b Metastasis in 7 or more regional lymph nodes
Distant Metastasis (M)
M0 No distant metastasis
M1 Distant metastasis
M1a Metastasis confined to one organ or site (for example, liver, lung, ovary, nonregional node)
M1b Metastases in more than one organ/site or the peritoneum

Tabela 1. AJCC TNM staging system 8th edition.

Fonte: AJCC, 2017.

LISTA DE FIGURAS

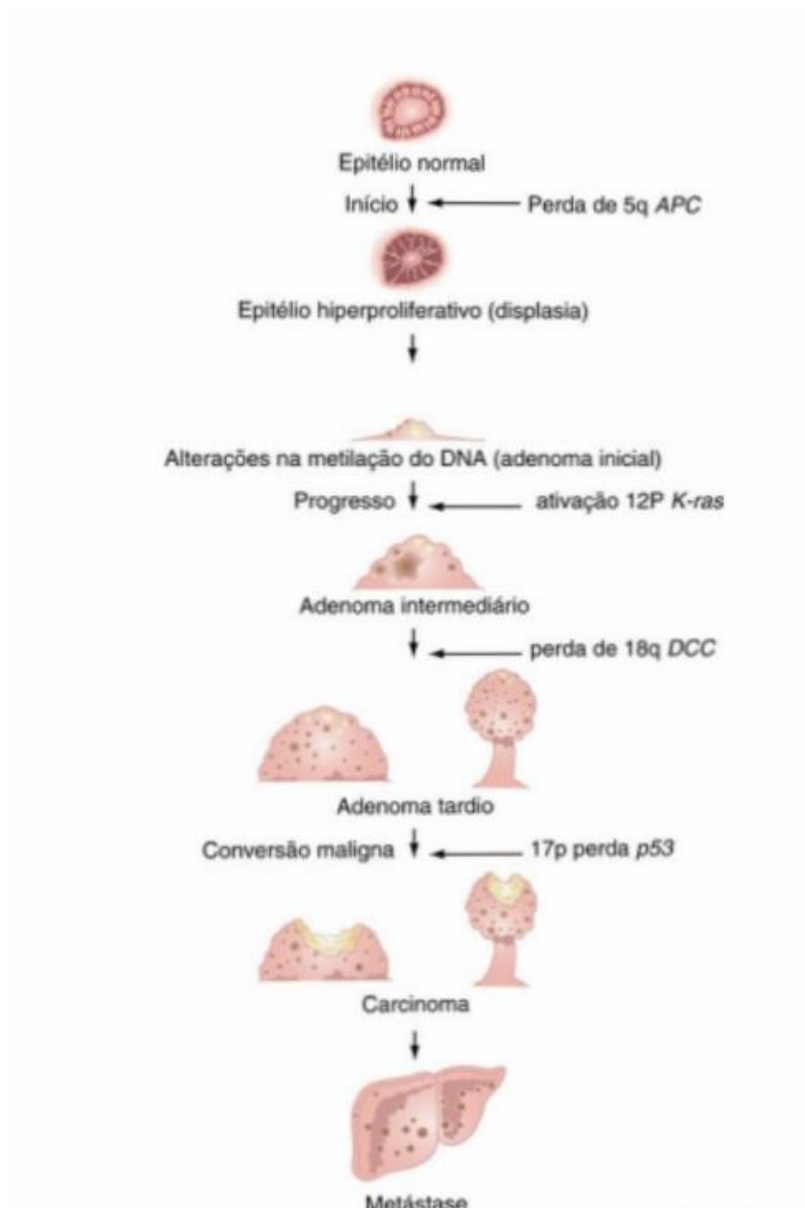


Figura 1. Sequência Adenoma-Carcinoma.

Fonte: Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna, 2014.

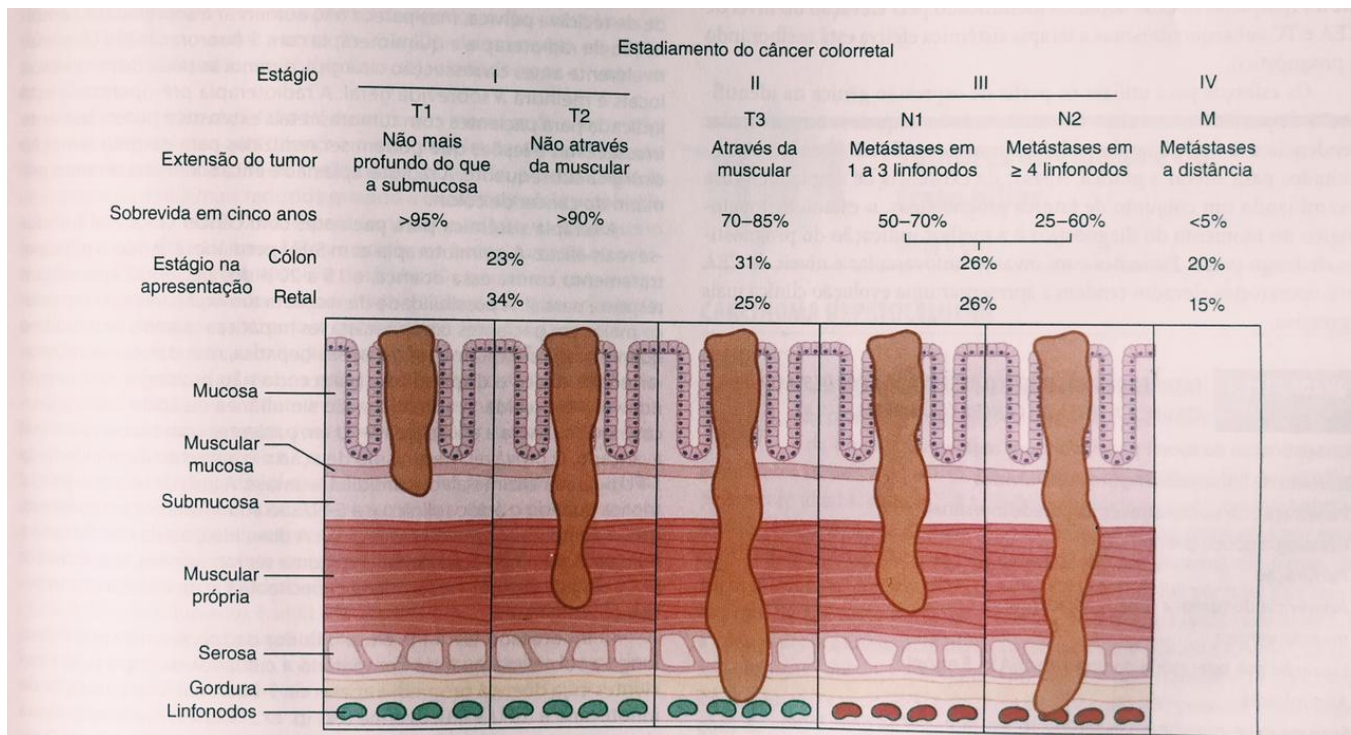


Figura 2. Estadiamento e prognóstico para pacientes em com câncer colorretal.

Fonte: Medicina Interna de Harrison, 2017.

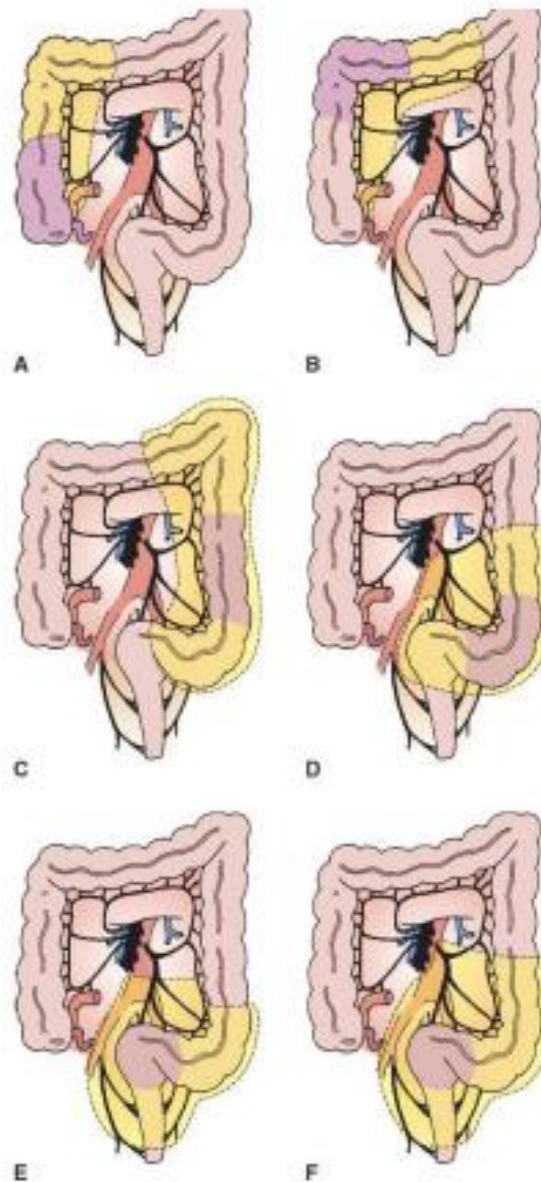


Figura 3. Procedimentos cirúrgicos para os cânceres de cólon. A: surgical resection for a cecal for ascending colon cancer. B: surgical resection for a cancer at the hepatic flexure. C: surgical resection for a descending colon cancer. D: preferred surgical procedure for cancer of the Middle and proximal sigmoid colon. E: surgical resection for cancer of the rectosigmoid. F: a more radical surgical resection for a cancer of the rectosigmoid.

Fonte: Cancer: Principles and Practice of Oncology, 2019.

LISTA DE IMAGENS

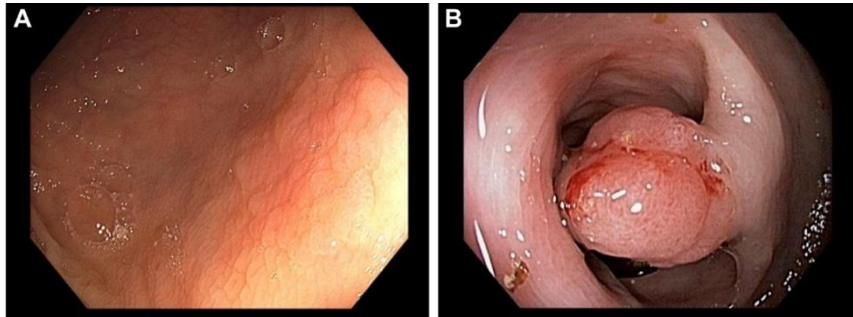


Imagem 1. Pólipos A: Séssil. B: Pediculado.

Fonte: Colorectal Cancer Development and Advances in Screening, 2016.

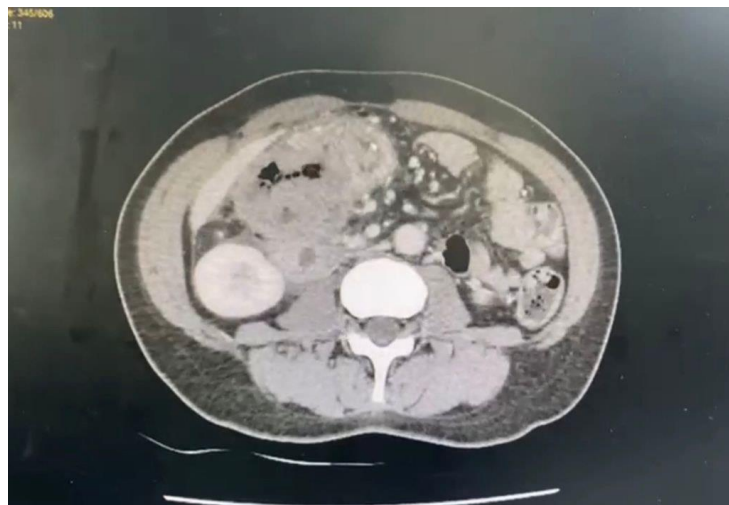


Imagem 2. Tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciando tumor justa hepático e justa duodenal com aparente contato com fáscia de gerota renal direita, durante fase arterial.

Fonte: Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo, 2021.



Imagem 3. TC de abdome evidenciando extensão da lesão inferiormente, demonstrando se tratar de um caso localmente avançado, além de aparente contato com a parede abdominal.

Fonte: Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo, 2021.



Imagem 4. TC de abdome em corte axial demonstrando extensão de lesão até abaixo da cicatriz umbilical.

Fonte: Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo, 2021.



Imagem 5. TC de abdome evidenciando espessamento da fáscia latero-conal direita por aparente reação desmoplásica tumoral.

Fonte: Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo, 2021.



Imagem 6. TC de abdome evidenciando cólon direito e ceco proximais a lesão, em fase portal.

Fonte: Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo, 2021.

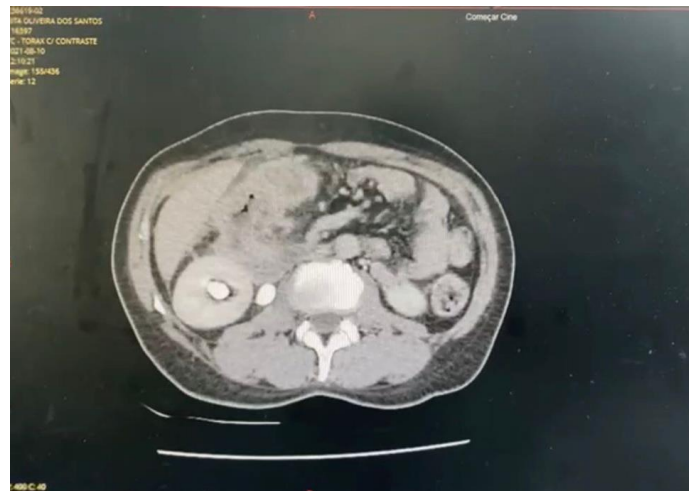


Imagem 7. TC de abdome em fase tardia mostrando ureteres preenchidos por contraste e sem aparente invasão tumoral.

Fonte: Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo, 2021.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	pág. 20
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	pág. 22
2.1 – EPIDEMIOLOGIA	
2.2 – FATORES DE RISCO E PROTETORES	
2.3 – PATOGENIA	
2.4 – MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	
2.5 – DIAGNÓSTICO E RASTREAMENTO	
2.6 – ESTADIAMENTO	
2.7 – TRATAMENTO	
2.8 – PROGNÓSTICO	
3 – OBJETIVOS	pág. 35
3.1 – GERAL	
3.2 – ESPECÍFICOS	
4 – MATERIAL E MÉTODOS	pág. 36
5 – RELATO DE CASO	pág. 37
6 – DISCUSSÃO	pág. 42
7 – CONCLUSÃO.....	pág. 45
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	pág. 46
9 – ANEXOS	pág. 48

1 – INTRODUÇÃO

Atualmente o câncer colorretal (CCR) assume um papel de protagonismo nas estatísticas de incidência e prevalência mundial quando comparado a todos os outros tipos de neoplasia, já tendo ultrapassado até mesmo o câncer de próstata e colo de útero (INCA, 2019). Inclusive, nos Estados Unidos, ocupa o segundo lugar como causa de mortalidade por câncer, atrás apenas do câncer de pulmão. Felizmente, já se tem um vasto conhecimento acerca do seu desenvolvimento, ainda que não por completo, através, principalmente, da sequência adenoma-carcinoma, o que facilita seu manejo diagnóstico e terapêutico, por meio de identificação e remoção de lesões precursoras (SHAUKAT et al., 2021).

Em 2012 foi estimado, pelo ‘The GLOBOCAN’ a existência de 1,4 milhões de casos, com 693 mortes no mesmo ano. Dados colhidos pelo Global Cancer Observatory em 2018 mostraram que a incidência na América Latina foi de 20,6% em homens e 17,1% em mulheres. Outro estudo, dessa vez nacional, feito pelo INCA entre 2018 e 2019 revelou uma estimativa de 17.390 novos casos em homens e 18.980 casos em mulheres. Acredita-se que pela precariedade da saúde pública nos países latino-americanos comparado a outras regiões do mundo, seja um importante motivo para o aumento da taxa de mortalidade pela doença, visto que a falta de acesso a novas tecnologias dificulta o diagnóstico e tratamento desses pacientes. Por isso, concluiu-se que a saída mais prática e barata seria o investimento e estímulo das medidas preventivas, destacando-se primordialmente a mudança do estilo de vida da população, principalmente por meio de campanhas públicas que estimulasse mudanças na dieta, cessar tabagismo, vacinação contra HPV, entre outras práticas profiláticas. Entretanto, na prática não é tão simples quanto na teoria, o que explica ainda existirem muitos desafios a serem vencidos nessa jornada (RAHMAN et al., 2016).

De acordo com um consenso entre os protocolos de rastreamento, o exame de escolha depende de vários fatores como a simplicidade e rapidez visando melhorar a adesão do paciente, relação risco-benefício, custo mais acessível, maior sensibilidade e especificidade. Atualmente a colonoscopia representa o exame que oferece a melhor abordagem quando levamos em consideração esses pré-requisitos, visto que além de atendê-los, pode obter biópsias e ainda ser capacitado para retirar lesões precursoras e tumores em estágios iniciais. No entanto, deve-se ter em mente que é um exame invasivo,

envolve preparação prévia desconfortável e pode ter complicações, mesmo que em baixa escala, cerca de menos de 1%. Recomenda-se que comece a ser realizado em pacientes acima de 50 anos, independente do sexo, sem história familiar ou pessoal de pólipos adenomatosos ou CCR, além da ausência de sinais e sintomas, com seu intervalo para realização variando de acordo com o resultado encontrado. Sua indicação em pacientes mais idosos, acima dos 75 anos, costuma ser individualizada e feita com maior precaução (DEVITA, HELLMAN, AND ROSENBERG'S, 2019) (SHAUKAT et al., 2021).

O tratamento do CCR é compreendido como uma abordagem multimodal adaptada ao estágio da doença (DEVITA, HELLMAN, AND ROSENBERG'S, 2019). No entanto, a cirurgia é a base da terapia e a cura é possível na maioria dos pacientes, cerca de 90% dos tumores podem ser adequadamente ressecados, e a mortalidade cirúrgica gira em torno de 2-10%. O procedimento cirúrgico tem como objetivo ressecar a lesão primária, com margens adequadas de segurança, linfadenectomia regional e restabelecimento do trânsito gastrointestinal por uma anastomose (SABISTON, 2014). Ademais, contamos com terapias adjuvantes, radioterapia e/ou quimioterapia, com intuito de reduzir a recorrência do tumor e aumentar o potencial de cura, proporcionando assim, uma melhor sobrevida do paciente. A escolha do tratamento adequado vai depender do estadiamento de cada doente.

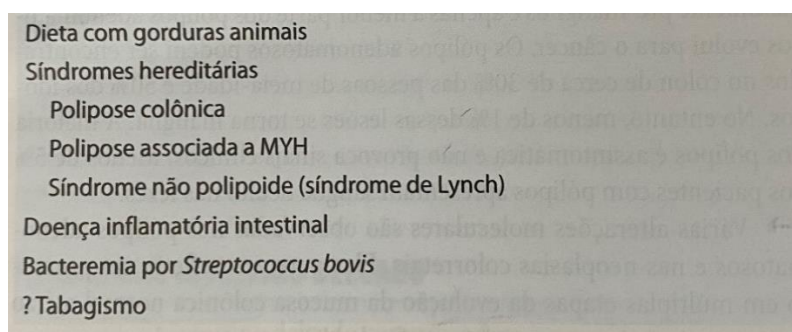
2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – EPIDEMIOLOGIA

O CCR esporádico que, em sua maioria, se apresenta histologicamente como adenocarcinoma, afeta desde o intestino grosso até o ânus, acometendo majoritariamente idosos entre 65 e 74 anos (USPSTF, 2021), mas também podendo atingir indivíduos mais jovens. Um dado epidemiológico relevante realizado em 2018, através da última estimativa mundial, demonstrou que o câncer colorretal se encaixa como a 2ª neoplasia mais prevalente entre homens e mulheres, desconsiderando o câncer de pele não-melanoma. Estima-se que, no Brasil, para cada ano do triênio de 2020-2022 haja 625 mil novos casos de câncer, sendo 41 mil de origem colorretal (INCA, 2019). Cerca de 41% dos casos acometem o cólon ascendente, 22% descendente e 28% reto. (THANIKACHALAM; KHAN, 2019).

2.2 – FATORES DE RISCO E PROTETORES

O conjunto dos fatores de risco são de grande relevância para o desenvolvimento da neoplasia, sendo assim, ter conhecimento acerca do tema é indispensável para estabelecer um cuidado preventivo (KASPER, 2017)



Dieta com gorduras animais
Síndromes hereditárias
Polipose colônica
Polipose associada a MYH
Síndrome não polipoide (síndrome de Lynch)
Doença inflamatória intestinal
Bacteremia por <i>Streptococcus bovis</i>
? Tabagismo

Quadro 1. fatores de Risco Para o Desenvolvimento de Câncer Colorretal.

Fonte: Medicina Interna de Harrison, 2017.

É reconhecido que as síndromes de polipose familiar e a síndrome de Lynch são consideradas fatores de risco inquestionáveis para o CCR. Contudo, a variedade mais comum da neoplasia é aquela, conhecida como esporádica, onde o câncer se origina de um pólipso adenomatoso esporádico. Estima-se que 20% de todos os pacientes com esse câncer tenham componente de risco familiar sem preencher critérios estritos para CCR hereditário (WEITZ et al., 2005). Ou seja, pessoas com parente de primeiro grau têm duas

a quatro vezes mais chances de desenvolver a neoplasia, quando comparamos com pessoas sem história familiar (SIEGEL et al., 2021).

Outro fator de risco citado em diversas literaturas, é a relação dos hábitos alimentares com o surgimento desse câncer. As dietas ricas em calorias, carboidratos refinados, gorduras de origem animal e pobre em fibras, são exemplos dessa associação. A hipótese que vem sendo estudada é a relação desses alimentos com o aumento de bactérias anaeróbias na flora intestinal, o que contribui com a transformação de sais biliares normais em carcinogênicos (KASPER, 2017).

Indivíduos portadores de obesidade e/ou doença inflamatória intestinal, também se enquadram no grupo de pessoas que apresentam maiores chances para desenvolvimento da doença. A primeira está fortemente atrelada a presença de resistência insulínica, o que leva a elevadas concentrações de IGF-1, responsável pela proliferação de células da mucosa intestinal, em particular aquelas que sofreram transformação maligna. Já as doenças inflamatórias intestinais, principalmente a retocolite ulcerativa, tem como lesão precursora, a displasia epitelial na parede do cólon (KASPER, 2017).

Além dos fatores citados, ainda podemos destacar outras condições de alto risco como etilismo, tabagismo, bacteremia por *Streptococcus bovis*, papiloma vírus humano (HPV) e pacientes submetidos a colecistectomia e/ou radioterapia. Esses, mesmo que por motivos ainda desconhecidos e pouco estudados, também são atrelados e reconhecidos nas literaturas (KASPER, 2017).

Também há um espaço significativo para listar os fatores protetores, cada vez mais explorados na atualidade. Esse nicho inclui alguns fatores modificáveis em relação ao que foi supracitado, como adoção de um estilo de vida mais saudável através de mudanças de hábitos. Demais fatores ainda estão sendo estudados, o uso de estatinas, AINES e algumas vitaminas são alguns desses que ainda precisam ter seu papel protetor melhor fundamentado (WEITZ et al., 2005).

2.3 – PATOGENIA

Geralmente essa neoplasia surge a partir da formação de pólipos adenomatosos. O pólipo é classificado como uma protusão visível da superfície da mucosa no lúmen intestinal e pode ser classificado quanto à patologia como hamartoma não neoplásico, proliferação hiperplásica da mucosa ou pólipo adenomatoso. Esse, pode ser encontrado

no cólon de cerca de 30% dos indivíduos de meia-idade e 50% dos idosos, tendo em vista que, felizmente, menos de 1% tem evolução maligna (KASPER, 2017).

Para um pólipó adenomatoso evoluir à câncer, é necessário um conjunto de características em relação a histologia, macroscopia e ao tamanho. Histologicamente podem ser divididos em tubulares, vilosos, ou tubulovilosos, sendo o primeiro, o pólipó benigno mais comum e que detém maior percentual de remoção. Macroscopicamente, são classificados em pediculados e sésseis. Assim, ao unirmos as duas classificações, pode-se observar que os adenomas tubulares são pediculados com maior frequência, já os vilosos são mais comumente sésseis. Já em relação ao tamanho, observa-se que nos pólipos menores que 1 cm de diâmetro, a incidência de evoluir para carcinoma é menor que 5%, enquanto pólipos vilosos maiores que 2 cm de diâmetro possuem 50% de chance (SABISTON, 2014).

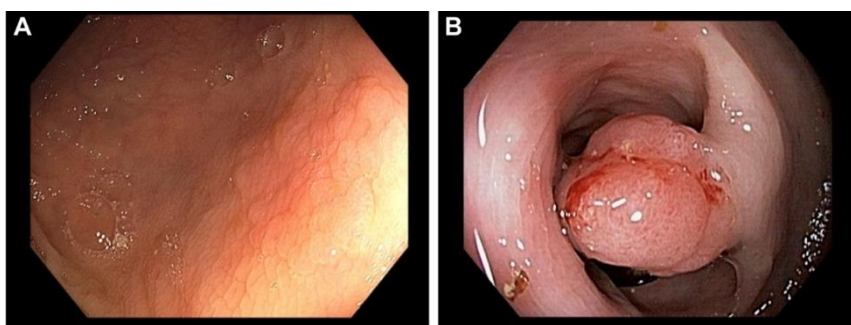


Imagem 1. Pólipos A: Sésil. B: Pediculado.

Fonte: Colorectal Cancer Development and Advances in Screening, 2016.

A sequência adenoma-carcinoma contempla ainda alterações moleculares na mucosa do cólon. Normalmente estão envolvidas com a ativação mutacional de um oncogene seguida da perda de genes que suprimem o processo de desenvolvimento tumoral. Podemos destacar algumas etapas desse processo de carcinogênese: mutações pontuais no proto-oncogene K-ras; hipometilação do DNA, levando a ativação de genes; perda de DNA no local de um gene supressor tumoral (gene APC), no braço longo do cromossomo 5; perda alélica no local de um gene supressor de tumor localizado no cromossomo 18q (o gene deletado no câncer de cólon – DCC) e perda alélica no cromossomo 17p, associada a mutações do gene supressor tumoral p53. Não há uma certeza se todas as etapas citadas ocorrem sempre na mesma ordem, porém, acredita-se

que o câncer se desenvolve apenas nos pólipos onde maior parte destes eventos mutacionais ocorrem, se não todos eles (KASPER, 2017).

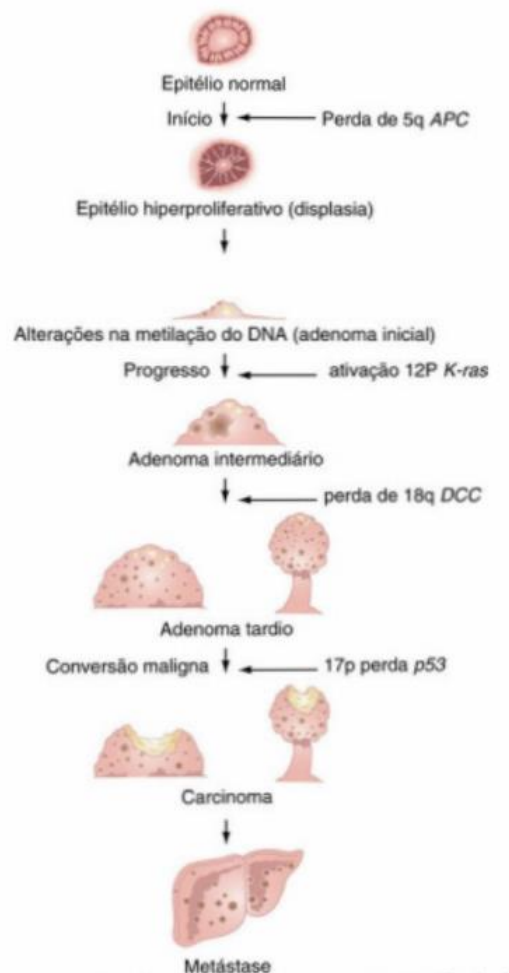


Figura 1. Sequência Adenoma-Carcinoma.

Fonte: Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna, 2014.

Ao detectar um pólipo adenomatoso, é de extrema importância examinar minuciosamente todo o intestino grosso, visto que a presença de lesão sincrônica é encontrada em aproximadamente um terço dos casos. O paciente portador de pólipo possui uma chance de cerca de 30 a 50% de desenvolver outro adenoma, sendo assim esse indivíduo deve repetir o exame de colonoscopia periodicamente. Vale ressaltar que os adenomas precisam de mais do que 5 anos para crescer e se tornarem significativos, logo os protocolos de rastreamento que serão discutidos, não recomendam a realização da colonoscopia num intervalo menor que 3 anos para a maior parte dos pacientes (KASPER, 2017).

2.4 – MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Portadores de CCR normalmente são assintomáticos nas fases iniciais, podendo se apresentar com sintomatologia, que varia de acordo com a localização do tumor, tempo de evolução da doença e sua gravidade. Pode haver mudança do hábito intestinal, sangramento oculto ou exteriorizado via retal, anemia ferropriva, emagrecimento e anorexia (THANIKACHALAM; KHAN, 2019). Adenopatia, hepatomegalia, icterícia e sinais pulmonares são manifestações que podem estar presentes na doença em fase metastática (DEVITA, HELLMAN, AND ROSENBERG'S, 2019).

Quando o tumor se localiza no cólon direito, raramente o paciente apresentará um quadro de obstrução intestinal, devido ao maior diâmetro dessa região e do predomínio de fezes mais líquidas, embora as lesões costumem ser maiores e mais invasivas. Nessa região, em caso de sintomatologia, predominam o sangue oculto nas fezes, anemia ferropriva, perda ponderal e febre de origem indeterminada. Além disso, essas lesões costumam ulcerar, levando a uma perda crônica e insidiosa, sem alterar o aspecto das fezes (KASPER, 2017).

O cólon esquerdo por sua vez, quando afetado, é marcado principalmente por alterações de hábito intestinal e cólicas abdominais. Isso se justifica pelo fato de possuir um menor calibre e presença de fezes semissólidas, logo, ao surgir um tumor nessa região é possível que ocorra obstrução intestinal e até mesmo perfuração. Ao acometer a porção do retossigmoide, é esperada a presença de hematoquezia, tenesmo, eliminação de muco e diminuição do calibre das fezes (KASPER, 2017).

2.5 – DIAGNÓSTICO E RASTREAMENTO

Antes de qualquer exame mais específico em busca de lesões colônicas, uma anamnese e o exame físico direcionados desses pacientes assume um papel primordial no início do processo de rastreamento. Questionar sobre história pessoal e familiar tanto de CCR e presença de pólipos, quanto sobre outras comorbidades e hábitos que possam influenciar no desenvolvimento do câncer, realizar um exame físico completo, mas com ênfase no aparelho digestivo, desde a realização de ausculta, palpação superficial e profunda, até anuscopia associada a toque retal, dependendo da queixa do paciente (KASPER, 2017) (SABISTON, 2014).

O que há de mais recente nas recomendações é que o rastreamento seja iniciado a partir dos 50 anos, embora o paciente seja assintomático, pois nessa idade a possibilidade de existência de uma lesão precursora, ou até mesmo de um tumor em estágio inicial, é maior do que em indivíduos mais jovens. Em alguns casos, como na presença de história familiar em parentes de 1º grau, esse rastreio pode ser iniciado a partir dos 40 anos ou 10 anos antes da idade em que o parente foi diagnosticado com o câncer (SHAUKAT et al., 2021).

Atualmente, existem diversas maneiras de promover o rastreio, englobando tanto métodos invasivos quanto não-invasivos, avaliando riscos e benefícios, além de se adequar com a condição socioeconômica do paciente (USPSTF, 2021). Dentre os não invasivos temos os que avaliam as fezes, como o teste de imunoquímica fetal (FIT), que substituiu o teste imunoquímico de sangue oculto nas fezes (gFOBT), devido sua maior sensibilidade, mas necessitando de uma colonoscopia para acompanhamento caso o resultado seja positivo. Os testes radiológicos incluem o enema de bário com duplo contraste, endoscopia por cápsula endoscópica, pouco discutidos nos materiais mais recentes, e a colonoscopia virtual, um exame tomográfico helicoidal tridimensional que simula uma colonoscopia convencional, porém menos invasiva. Já os invasivos são representados pela retossigmoidoscopia, que alcança até a flexura esplênica, e colonoscopia (ISSA; NOUREDDINE, 2017) (SHAUKAT et al., 2021).

Dentre todos os exames citados, a colonoscopia é a ferramenta padrão-ouro para rastreamento do câncer colorretal, apresentando alta sensibilidade e especificidade. É capaz de detectar e ressecar a lesão pré-neoplásica ou o câncer. Embora seja um método invasivo, é considerado seguro por apresentar uma taxa de perfuração inferior a 1/1000 e, nos casos em que há perfuração, ela é decorrente de uma polipectomia e não relacionada ao ato de visualização (ISSA; NOUREDDINE, 2017). Ademais, seu benefício não se limita ao diagnóstico e rastreamento, também atua no estadiamento inicial do tumor, que é feito através do sistema TNM. Além disso, também podemos lançar mão da tomografia computadorizada (TC) de tórax, abdome e pelve com contraste para complementar o rastreio de metástases. O antígeno carcinoembrionário (CEA), um marcador tumoral que deve ser utilizado para vigilância e acompanhamento após tratamento, embora também seja utilizado de forma equivocada para fins diagnósticos (THANIKACHALAM; KHAN, 2019).

2.6 – ESTADIAMENTO

Nessa neoplasia o estadiamento é feito através do sistema TNM. O T representa o grau de invasão na parede, o N a presença/quantidade de linfonodos regionais e o M de metástases a distância, sendo as mais comuns para fígado, pulmão e peritônio, respectivamente. O sistema de Dukes modificado por Astler-Coller, não é mais considerado uma opção de escolha de acordo com o AJCC (SABISTON, 2014) (AJCC, 2021).

O estágio da doença só pode ser definido com precisão após o procedimento cirúrgico, através da análise histopatológica da peça ressecada. Para a análise dos linfonodos regionais, o ideal é que se retire a maior quantidade possível durante a cirurgia, pois o esperado para uma análise patológica mais fidedigna, seria a retirada de, no mínimo, 12 linfonodos (SABISTON, 2014).

Primary Tumor (T)
TX Primary tumor cannot be assessed
T0 No evidence of primary tumor
Tis Carcinoma in situ: intraepithelial or invasion of lamina propria
T1 Tumor invades submucosa
T2 Tumor invades muscularis
T3 Tumor invades through the muscularis propria into pericolorectal tissue
T4a Tumor penetrates to the surface of the visceral peritoneum
T4b Tumor directly invades or is adherent to other organs or structures
Regional Lymph Nodes (N)
NX Regional lymph nodes cannot be assessed
N0 No regional lymph node metastasis
N1 Metastasis in 1-3 regional lymph nodes
N1a Metastasis in one regional lymph node
N1b Metastasis in 2-3 regional lymph nodes
N1c Tumor deposit(s) in the subserosa, mesentery, or nonperitonealized pericolic or perirectal tissues without regional nodal metastasis
N2 Metastasis in 4 or more regional lymph nodes
N2a Metastasis in 4-6 regional lymph nodes
N2b Metastasis in 7 or more regional lymph nodes
Distant Metastasis (M)
M0 No distant metastasis
M1 Distant metastasis
M1a Metastasis confined to one organ or site (for example, liver, lung, ovary, nonregional node)
M1b Metastases in more than one organ/site or the peritoneum

Tabela 1. AJCC TNM staging system 8th edition.

Fonte: AJCC, 2017.

Explicando mais detalhadamente o sistema, iniciando pelo T, os tumores classificados como T1 invadem estritamente a mucosa, não acometendo submucosa, T2 invadem a submucosa, mas não atravessam a muscular própria, T3 já acometem a muscular própria, para dentro dos tecidos pericólicas e, por fim, T4a perfuram o peritônio visceral, enquanto T4b invadem diretamente ou se aderem a outros órgãos ou estruturas. Quando classificamos como Tx, significa que houve uma incapacidade de descrever a extensão da invasão do tumor. Ademais, a nomenclatura de adenocarcinoma in situ ou displasia de alto grau ou carcinoma intramucoso (Tis) inclui lesões malignas confinados à membrana basal ou lâmina própria (DEVITA, HELLMAN, AND ROSENBERG'S, 2019).

Quanto ao N, o termo Nx é aplicado se não tiverem sido colhidas informações suficientes sobre a pesquisa de linfonodos. N0 significa que todos os linfonodos examinados são negativos, N1a descreve o acometimento de um linfonodo regional, N1b o acometimento de dois ou três, N1c define a presença de depósitos tumorais encontrados na subserosa, tecido mesentérico ou não peritoneal pericólico ou tecidos perirretais sem metástase para linfonodos regionais ou mesentéricos, N2a indica metástase em quatro a seis linfonodos regionais, N2b envolvimento de 7 ou mais (DEVITA, HELLMAN, AND ROSENBERG'S, 2019).

Sobre a classificação das metástases, o envolvimento dos linfonodos ilíaco externo, ilíaco comum, para-aórtico, supraclavicular, ou outros não regionais é classificado como doença metastática distante, o M1, que é subdividido em M1a, descrito como disseminação do tumor para um órgão distante ou conjunto de linfonodos distantes, e M1b, onde a disseminação ocorreu para mais de um órgão distante ou conjunto de linfonodos ou a disseminação ocorreu para o peritônio. (DEVITA, HELLMAN, AND ROSENBERG'S, 2019).

De acordo com os estágios, a doença em estágio I engloba de T1 a T2 N0 M0, ou seja, lesões mais superficiais, sem linfonodos acometidos e ausência de metástases a distância. Seguindo esse raciocínio, o estágio II é definido como T3 a T4 N0 M0, havendo uma peculiaridade em relação ao T, pois carrega um significado prognóstico e, portanto, T3 N0 é classificado como IIA, e T4a a T4b N0 é classificado como IIB e IIC, respectivamente. A positividade de um linfonodo associado a ausência de doença metastática define o estágio III do CCR. Estudos demonstraram que o tamanho do tumor

é prognóstico em pacientes com doença N0 e N1, mas não com doença N2, e o atual sistema de TNM leva essas descobertas em consideração e agora estratifica os pacientes em estágio III em IIIA (T1 a T2 N1), IIIB (T3 a T4 N1) e IIIC (qualquer T, N2) (DEVITA, HELLMAN, AND ROSENBERG'S, 2019).

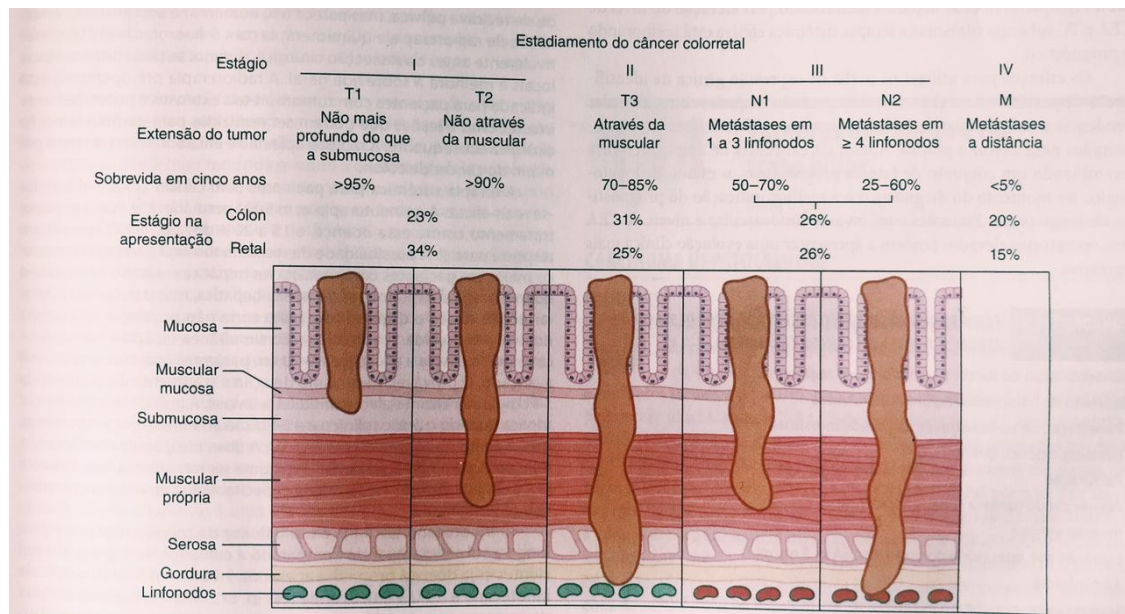


Figura 2. Estadiamento e Prognóstico Para Pacientes com Câncer Colorretal.

Fonte: Medicina Interna de Harrison, 2017.

Como informações adicionais, temos o subestadiamento V e L, que são usados para identificar a presença ou ausência de invasão vascular e linfática, respectivamente. Outra nomenclatura utilizada para denotar uma lesão patológica seria o prefixo "p", enquanto para tumores que estão sendo classificados após tratamento neoadjuvante, ou seja, pré-cirúrgico, o prefixo "y" é o termo selecionado. Já os tumores recorrentes são descritos com o prefixo "r" (DEVITA, HELLMAN, AND ROSENBERG'S, 2019).

O estadiamento além do TNM engloba a pesquisa pré-cirúrgica de metástases a distância, pode-se lançar mão, principalmente, da tomografia computadorizada de abdome e radiografia e/ou TC de tórax, com o objetivo de visualizar os principais sítios de metástases a distância, sendo também importante citar o CEA, um marcador de prognóstico tanto pré quanto pós-cirúrgico. Pacientes com níveis elevados de CEA (> 5 ng/mL) antes da cirurgia tendem a apresentar uma evolução clínica mais reservada, e devido sua alta sensibilidade, é indicado a avaliação de seus níveis plasmáticos em

intervalos predeterminados, por conta de sua capacidade de identificar recidivas (DEVITA, HELLMAN, AND ROSENBERG'S, 2019) (KASPER, 2017).

2.7 – TRATAMENTO

A ressecção cirúrgica extensa de um segmento colônico e uma retirada satisfatória dos linfonodos, contabilizando um mínimo de 12 para análise histopatológica, é o tratamento de escolha para estágios do câncer que ainda não há metástases. Os tipos de ressecções são definidos de acordo com a irrigação arterial e drenagem linfática das regiões acometidas pela doença. Preconiza-se manter margens cirúrgicas longitudinais entre 5-10 centímetros e radial de ≥ 1 milímetros. Pacientes em estágio 0 ou I costumam não necessitar de terapia adjuvante, visto que a realização da cirurgia de retirada do tumor unicamente já mostra grande chance de remissão da doença. A quimioterapia adjuvante nos tumores de cólon é indicada nos estágios II e III com o objetivo do aumento da probabilidade de sobrevida. Entretanto, no tratamento de tumores localmente invasivos e que não acometem linfonodos regionais seu papel não é relevante (HENRIQUES et al., 2010). À respeito da escolha entre a cirurgia laparoscópica e a laparotomia convencional, estudos randomizados não evidenciaram benefício significativo entre a escolha de uma ou outra (RAHMAN et al., 2016). Segundo o Guideline da Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons, recomendam que para se optar pela via laparoscópica, deve-se levar em consideração a condição clínica do paciente, estabilidade hemodinâmica, o quanto do tumor será retirado e a habilidade do cirurgião em aplicar a técnica (CIROCCHI et al., 2017).

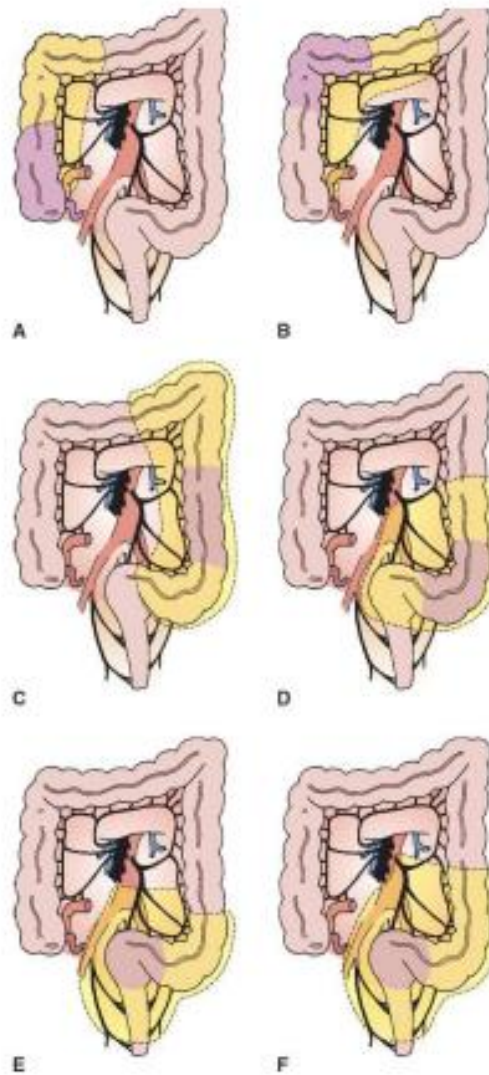


Figura 3. Procedimentos cirúrgicos para os cânceres de cólon. A: surgical resection for a cecal for ascending colon cancer. B: surgical resection for a cancer at the hepatic flexure. C: surgical resection for a descending colon cancer. D: preferred surgical procedure for cancer of the Middle and proximal sigmoid colon. E: surgical resection for cancer of the rectosigmoid. F: a more radical surgical resection for a cancer of the rectosigmoid.

Fonte: Cancer: Principles and Practice of Oncology, 2019.

Levando em consideração o caso relatado neste trabalho, no caso de tumores de cólon localizados no ceco, cólon direito e flexura hepática, uma hemicolectomia direita, que se baseia na retirada do cólon direito de 4-6 centímetros proximal à válvula ileocecal,

até a porção do cólon transversal irrigado pelo ramo direito da artéria cólica média é indicada. Já em casos que chegam a acometer o cólon transversal, é indicada a hemicolectomia direita ampliada, que se caracteriza pela retirada de todo o bloco citado anteriormente mais a porção do cólon transversal irrigada pelo ramo esquerdo da artéria cólica média, visto que a mesma agora será ressecada desde sua origem. Após a retirada desse bloco, é promovida uma anastomose entre o íleo e a porção restante do cólon transversal. (HENRIQUES et al., 2010) (SABISTON, 2014).

Os tumores localmente avançados são caracterizados por aderências neoplásicas em órgãos adjacentes, na ausência de metástases à distância. No caso do câncer de cólon, a porção direita e transversal proximal apresentam-se aderidas a órgãos adjacentes em 11% a 28% dos casos, podendo invadir o duodeno e cabeça de pâncreas. O primeiro relato de uma ressecção duodenal em tumor localmente avançado foi feita em 1929, e a primeira duodenopancreatectomia para câncer de cólon direito avançado foi realizada em 1953 (HENRIQUES et al., 2010).

A gastroduodenopancreatectomia (GDP), também chamada de cirurgia de Whipple, se baseia na retirada da cabeça do pâncreas, duodeno, uma porção variável da parte distal do estômago e alguns centímetros do jejuno, e é normalmente realizada para tumores malignos periampulares, principalmente com foco paliativo. Seu uso em casos de câncer de cólon metastático já é bem reconhecido, o que está em discussão no momento é a sua indicação para casos de tumores localmente avançados não-periampulares, não só como método paliativo, mas até curativo em alguns casos (JAECK et al., 2017) (CESAR et al., 2009).

2.8 – PROGNÓSTICO

Essa questão é muito influenciada pelo estadiamento do tumor, ou seja, de acordo com a profundidade da invasão da parede intestinal, do acometimento de linfonodos regionais e da presença de metástases a distância. Grande parte das recidivas ocorrem após quatro anos da retirada do tumor, o que pode designar como um bom parâmetro de cura, uma sobrevivência de 5 anos do paciente após o ato cirúrgico (AJCC, 2021).

O seguimento dos pacientes estágio I após retirada do tumor e possível necessidade de terapia adjuvante é sugerido, de acordo com a Brazilian Gastrointestinal Tumor Group, checar o CEA a cada 6 meses por 2 anos e depois anualmente até completar

os 5 anos do protocolo de acompanhamento. Além disso, recomenda-se a realização de colonoscopia 1 ano após o procedimento cirúrgico e, se normal, repetir a cada 2-3 anos. Já os pacientes nos estágios II e III devem avaliar o CEA a cada 3 meses por 2 anos e depois, de 6 em 6 meses até completar 5 anos. Exames de imagem incluindo tórax e abdome são solicitados a cada 6 meses por 2 anos e depois de 6 em 6 meses até completar 5 anos. A colonoscopia deve ser feita 1 ano após a cirurgia e, se normal, repetir em 2 anos (RAHMAN et al., 2016).

Uma sobrevida de 5 anos é vista em 85% dos casos em estágio I a IIA, 80% em IIB, 60% em IIC e de 30-50% em III, nos casos de retirada completa do tumor de cólon e linfonodos adjacentes (RAHMAN et al., 2016). No geral, as ressecções multiviscerais associam-se com um tempo de sobrevida média de 40 meses, além de uma taxa de sobrevivência em cinco anos livre de doença de 54%. O aumento da sobrevida em pacientes após ressecções em bloco, pode ser explicado em 45% dos casos pela ausência de metástases em linfonodos regionais (N0), (HENRIQUES et al., 2010) evidenciando bons resultados após a realização do procedimento em casos avançados, porém que não chegam a acometer linfonodos adjacentes.

3 – OBJETIVOS

3.1 – GERAL

- Evidenciar importância da abordagem preventiva do câncer colorretal, visando evitar o desenvolvimento da doença e a necessidade de intervenções complexas e invasivas.

3.2 – ESPECÍFICOS

- Identificar e descrever o que há de mais relevante na literatura a respeito da etiopatogenia, rastreamento e manejo terapêutico;
- Comparar o desenvolvimento do caso relatado com o padrão de evolução descrito nas bibliografias de referência mundial;
- Indicar possibilidade curativa em caso de ressecção completa do tumor de cólon localmente avançado.

4 – MATERIAIS E MÉTODOS

Os dados apresentados neste trabalho foram obtidos através de análise de prontuário hospitalar do Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo (HMMRC) e revisão de literatura.

A pesquisa bibliográfica foi feita através de bibliotecas virtuais online, majoritariamente através do PubMed (Pulic/Publisher MEDLINE), e em menor escala pelo SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e UpToDate, além de resgatar fontes do Tratado de Cirurgia Sabiston 19ª edição, Medicina Interna de Harrison 19ª edição, AJCC (American Joint Comitte on Cancer), DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology 11ª edição, e INCA (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva).

Foram utilizados os seguintes descritores para busca do tema: “Colorectal Cancer”, “Screening of Colorectal Cancer”, “Risk Factors for Colorectal Cancer”, “Treatment of Colorectal Cancer”, “Non-Metastatic Colorectal Cancer”, “Right Colectomy”, “Duodenopancreatectomy”, priorizando artigos mais relevantes, advindos de revistas mais reconhecidas, e recentes, publicados nos últimos 5 anos, com exceção de dois artigos que abordam relatos de caso similares ao deste trabalho, sendo relevantes para a discussão. A maior parte dos artigos examinados foram escritos na língua inglesa, enquanto uma menor parte na língua portuguesa e espanhola. Por fim, com base nos critérios de seleção, foram coletados 17 artigos, excluindo 5 e selecionando 12 para realizarmos o TCC II.

5 – RELATO DE CASO

R.O.S., sexo feminino, 58 anos, negra, natural do Rio de Janeiro, aposentada, foi admitida na emergência do HMMRC em 09 de agosto de 2021 com história de dor abdominal difusa, fadiga e perda ponderal há aproximadamente 6 meses.

A paciente negou sangramentos, febre e mudança de hábito intestinal. Negou comorbidades prévias, além de etilismo, tabagismo e história familiar de câncer. Referiu ter procurado outros serviços de pronto atendimento anteriormente, porém não houve acompanhamento e desfecho do caso. Diante disso, procurou atendimento ambulatorial, onde foi solicitada uma TC de abdome e colonoscopia.

Em meio ao processo de investigação, a paciente apresentou um quadro algíco abdominal de forte intensidade, o que a fez procurar a emergência do HMMRC, onde ficou internada do dia 09 ao dia 26 de agosto de 2021, não sendo possível retornar ao ambulatório com os resultados dos exames solicitados.

No momento da admissão, a paciente se encontrava lúcida, orientada, eupneica em ar ambiente, hipocorada +/-4, emagrecida, anictérica, acianótica e afebril. Abdome depressível, doloroso difusamente a palpação profunda, porém sem sinais de irritação peritoneal. O exame do aparelho cardiovascular, respiratório e de membros, encontravam-se inalterados.

Diante do quadro supracitado, foram solicitados exames laboratoriais, TC de abdome e laudo da colonoscopia realizada durante a investigação ambulatorial. O laboratório da paciente evidenciou apenas uma anemia microcítica e hipocrômica, sem outras alterações dignas de nota. A colonoscopia constatou a presença de lesão vegetante em cólon transversal proximal de crescimento concêntrico, obstruindo luz do órgão e impedindo a passagem do aparelho. A TC de abdome evidenciou, durante a fase arterial, presença de tumor justa hepático e justa duodenal com aparente contato com fásia de gerota renal direita, além de uma extensão da lesão inferiormente, se estendendo abaixo da cicatriz umbilical de acordo com o corte axial, mostrando caso localmente avançado, retroperitônio livre de doença tanto pela visão arterial quanto portal, e a fase tardia evidenciou ureteres preenchidos de contraste, sem aparente invasão tumoral.

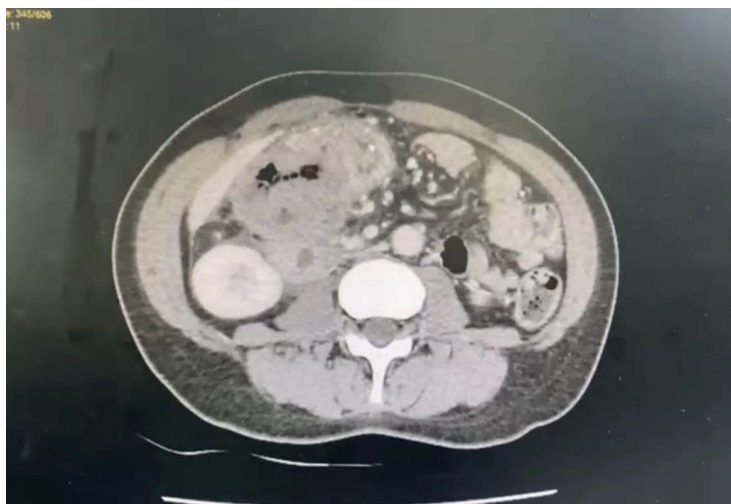


Imagem 2. Tomografia Computadorizada de abdome evidenciando tumor justa hepático e justa duodenal com aparente contato com fáscia de gerota renal direita, durante fase arterial.

Fonte: Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo, 2021.

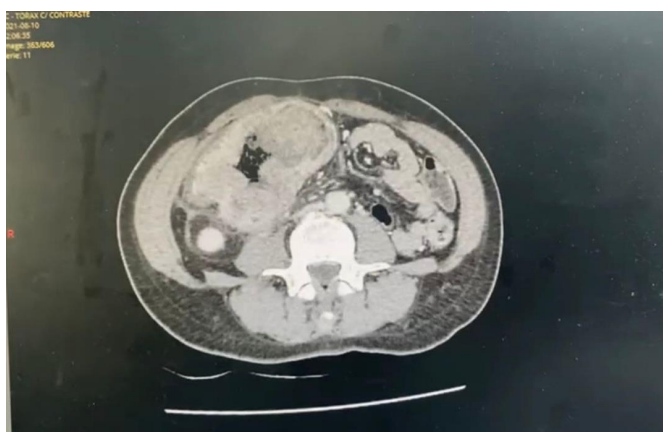


Imagem 3. TC de abdome evidenciando extensão da lesão inferiormente, demonstrando se tratar de um caso localmente avançado, além de aparente contato com a parede abdominal.

Fonte: Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo, 2021.



Imagem 4. TC de abdome em corte axial demonstrando extensão de lesão até abaixo da cicatriz umbilical.

Fonte: Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo, 2021.



Imagem 5. TC de abdome evidenciando espessamento da fáscia latero-conal direita por aparente reação desmoplásica tumoral.

Fonte: Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo, 2021.



Imagem 6. TC de abdome evidenciando cólon direito e ceco proximais a lesão, em fase portal.

Fonte: Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo, 2021.

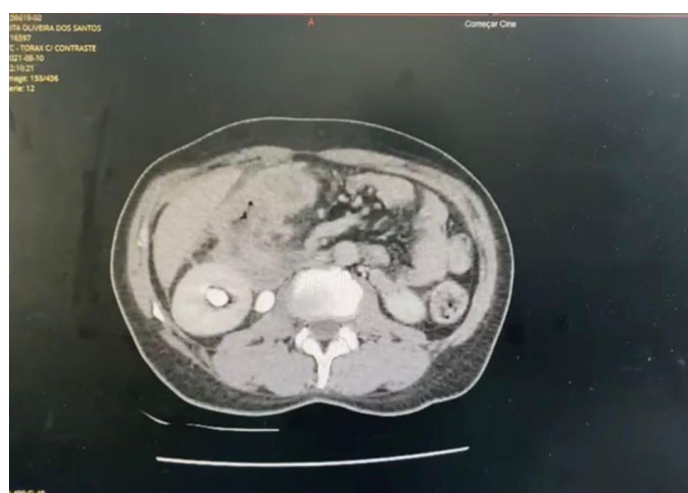


Imagem 7. TC de abdome em fase tardia mostrando ureteres preenchidos por contraste e sem aparente invasão tumoral.

Fonte: Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo, 2021.

Após estudo do caso e dos exames demonstrados, a principal hipótese diagnóstica foi de CCR localmente avançado. Optou-se então pela estabilização da paciente, estadiamento e programação da cirurgia. Para estadiamento o dessa neoplasia, a paciente foi submetida a uma TC e radiografia de tórax, ambas sem alterações e sem quaisquer sinais de metástase. Posteriormente foi submetida a uma endoscopia digestiva alta em 14

de agosto de 2021, a qual evidenciou aspecto sugestivo de metaplasia em segunda porção duodenal.

Durante a internação, o quadro álgico abdominal da paciente foi controlado e a anemia foi devidamente corrigida. Ademais, se manteve estável e sem queixas durante a espera do procedimento cirúrgico programado, que ocorreu em 18 de agosto de 2021. Foi optado por realizar uma colectomia direita associada a GDP, devido a localização e extensão do tumor, além de uma colecistectomia, que ocorreram com êxito e sem intercorrências.

Após o procedimento cirúrgico, a paciente evoluiu de maneira satisfatória, sem queixas, ferida operatória em bom aspecto e boa aceitação com a evolução da dieta. Optou-se pela alta hospitalar em 26 de agosto de 2021, 08 dias após o procedimento cirúrgico, com orientações para seguimento ambulatorial com o serviço de endocrinologia e oncologia.

Ao entrar em contato com a filha da paciente em 10 de novembro de 2021, foi concedido o laudo do estudo anatomopatológico da peça cirúrgica, além de informações sobre o estado de saúde atual da paciente. Atualmente encontra-se em bom estado geral, sem queixas a respeito do hábito intestinal, sem quadros álgicos, dieta com boa aceitação, sucesso ao realizar suas atividades diárias e em aguardo de suas consultas para prosseguir o acompanhamento ambulatorial orientado.

O laudo da biópsia confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, formando extensa ulceroinfiltrante e estenosante de 11 centímetros, invadindo toda a espessura da parede colônica e acometendo a parede de alça colônica adjacente e duodenal, ausência de metástases para os linfonodos pericólicos e peripancreáticos isolados, e margens cirúrgicas livre de neoplasia. Concluiu-se um estadiamento patológico pT4b, N0.

6 – DISCUSSÃO

Alguns pontos do caso relatado merecem maior destaque devido suas peculiaridades que podem auxiliar no complemento da literatura. Iniciando pela idade da paciente, que deve ser levada em consideração, visto que apresentava apenas 58 anos quando passou pelo ato cirúrgico, retirando um tumor extenso. De acordo com o tempo de desenvolvimento do CCR de cerca de 10 anos desde o surgimento da lesão precursora, seu caso evidencia que provavelmente o processo se iniciou em torno dos 50 anos, em razão da extensão da lesão, o que exemplifica a discussão acerca da idade de início do rastreamento (SABISTON, 2014) (KASPER, 2017).

Um estudo publicado pela American Society of Clinical Oncology (ASCO) em 2020 evidenciou uma queda da incidência do CCR desde meados da década de 1980 devido à manutenção da qualidade de vida, interferindo nos fatores de risco, e ao aumento do rastreamento. Contudo, esse progresso é mais visto em idosos, diferente do público mais jovem, ainda acima dos 50 anos, onde essa taxa encontra-se em ascensão. Inclusive, uma informação preocupante é que estão sendo diagnosticados pacientes jovens com quadros já avançados, o que chama atenção da evolução precoce da doença e alerta para as dificuldades do manejo desses pacientes, visto que demandam precauções que já não eram mais relevantes entre idosos, como a preservação da fertilidade e função sexual, maior risco de efeitos colaterais a longo prazo, entre outros inconvenientes advindos do tratamento mais agressivo. Além disso, pacientes mais novos apresentam menor cuidado com a saúde no geral e em relação ao rastreio de doenças, quando comparados ao público mais velho (SIEGEL et al., 2021). O fato dessa pesquisa ser recente e advinda de uma fonte extremamente relevante, alarma a comunidade médica em relação a uma maior atenção aos fatores de risco, rastreamento e diagnóstico precoces desse câncer, além de ter a população adulta abaixo dos 50 anos como novo foco para pesquisas.

Também é importante notar que a paciente não apresentava história familiar positiva, não era tabagista e nem etilista, e apresentava apenas sobrepeso, o que possivelmente estaria ligado a sua boa recuperação pós cirúrgica imediata e a médio prazo, visto que não houve nenhuma intercorrência durante o período em que esteve internada no pós-operatório, recebendo alta hospitalar 08 dias após a cirurgia, e até hoje, após 03 meses do procedimento, não relatou nenhuma queixa significativa que a tenha feito buscar o serviço novamente. Desse modo, pesquisas englobando as condições

clínicas e características epidemiológicas dos pacientes do momento do diagnóstico até seu estado após a cirurgia podem demonstrar resultados relevantes sobre a evolução clínica dos pacientes após a retirada de uma parte ou de todo o tumor. Logo, as informações coletadas através do relato, só reforçam o quanto é necessário exaltar a escolha de uma melhor qualidade de vida pois, embora a paciente não apresentasse uma postura exemplar diante dos cuidados preventivos contra o CCR, talvez, se possuísse uma maior quantidade de fatores de risco, seu quadro clínico pré-cirúrgico não seria tão favorável e possivelmente não teria resultados satisfatórios em seguida. Não foram obtidas informações sobre seus hábitos alimentares, o que talvez tivesse sido um diferencial no estudo do caso (USPSTF, 2021)

Sobre o sistema do TNM, embora seja considerado a ferramenta mais abrangente para fins prognósticos e preditivos, a principal crítica às duas últimas revisões é que a sobrevida dos pacientes no estágio IIIA continua a ser superior à do estágio IIB. Na 7ª edição do AJCC, essa diferença fica ainda mais evidente e foi atribuída a avaliação e subestadiamento de linfonodos inadequados. No entanto, uma revisão recente dos dados mostrou que esse problema persiste mesmo em uma análise com > 12 linfonodos, destacando a necessidade de refinamento adicional e talvez a incorporação de fatores prognósticos não relacionados a anatomia, e uma prova de que o sistema, mesmo muito reconhecido mundialmente, não é perfeito e ainda existem correções a serem feitas (DEVITA, HELLMAN, AND ROSENBERG'S, 2019).

Em relação a abordagem terapêutica, dois relatos de casos brasileiros que foram utilizados como base para a realização deste trabalho, também falam da execução de uma colectomia direita associada a GPD num caso de câncer de colón ascendente localmente avançado, entretanto, em um deles o paciente veio a óbito alguns meses depois e no outro, após 4 anos da cirurgia o paciente encontrava-se sem queixas e sem sinais de recidiva da doença. Isso mostra que o processo depende de alguns fatores específicos do próprio paciente como, idade, tempo que levou para fazer o diagnóstico e realizar o procedimento cirúrgico, condições clínicas pré-cirúrgicas, além de fatores que não envolvem o paciente como a expertise e o acompanhamento da equipe de cirurgia, a infraestrutura do hospital, entre outros pontos (CESAR et al., 2009) (HENRIQUES et al., 2010).

É de grande valia o seguimento dos casos já relatados para acompanhar a evolução desses pacientes e a qualidade de vida que obtiveram após o estudo inicial. Essa sequência

pode fortalecer ainda mais a teoria de que a associação dessas técnicas cirúrgicas, embora complexas, tragam bons resultados, paliativos e/ou curativos. Não foram obtidas tantas informações pós-cirúrgicas da paciente visto que todo o processo tem poucos meses e a mesma ainda irá iniciar o seguimento com o serviço de oncologia clínica de fora do hospital em que foi operada, e voltará ao HMMRC para acompanhamento do caso com a equipe de cirurgia residente. O objetivo é seguir em contato com a paciente, para dar continuidade ao estudo de seu caso e, quem sabe, demonstrar resultados futuros positivos.

Por fim, um dos grandes obstáculos para implementar uma triagem eficaz é a escassez de informações obtidas nos portuários. Um estudo relatou que menos da metade dos médicos da atenção primária documentam informações a respeito de história familiar de CCR e outros fatores de risco, sendo de suma importância que a comunidade médica esteja a par dos principais fatores que podem levar ao desenvolvimento da doença, bem como os protocolos de rastreamento (SIEGEL et al., 2021). Além disso, é fundamental que haja uma maior divulgação a respeito da conscientização da doença. A população deve ser educada a respeito da prevenção, principalmente para os fatores de risco modificáveis, sinais e sintomas, protocolos de triagem e a necessidade do diagnóstico precoce para obter maiores chances de um bom prognóstico.

7 – CONCLUSÃO

Já existem evidências fortes e suficientes, incluindo livros, tratados, artigos, entre outros meios de estudo para o mínimo de conhecimento acerca do rastreamento do CCR. Sua prevenção há anos já se tornou uma necessidade, visto suas altas taxas de incidência e prevalência em diversos países. O estímulo a educação da população a respeito do rastreio dessa doença se faz necessário para que sejam evitados novos casos e que quadros iniciais sejam descobertos e tratados precocemente, antes de evoluírem para cenários mais graves (SHAUKAT et al., 2021) (INCA, 2019).

Felizmente, embora seja uma patologia grave, até em casos avançados, como o citado neste trabalho, há chance de resolução cirúrgica. A GDP, por exemplo, reconhecida por ser realizada em casos de tumores periampulares, mas que há alguns anos já existem alguns relatos, como o deste trabalho, que demonstram êxito em sua execução em pacientes com câncer de cólon localmente avançados. Desse modo, estar ciente de que a execução de uma cirurgia complexa em um caso avançado de CCR pode, aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida, é de grande valia para a comunidade científica e manejo terapêutico do paciente (JAECK et al., 2017) (CESAR et al., 2009).

Entretanto, mesmo exemplificando um caso em que houve sucesso terapêutico, muitos outros não obtiveram o mesmo resultado positivo, visto que a doença pode se manifestar de formas diferentes e cada indivíduo tem uma resposta distinta. Portanto, sendo realizado o rastreio corretamente, procedimentos mais invasivos e de maior complexidade podem ser evitados, além de muitos óbitos também. O objetivo primordial é que a população se conscientize cada vez mais sobre a importância da busca por lesões precursoras e a prevenção do desenvolvimento da doença, e que a comunidade médica esteja cada vez mais informada sobre o tema para que se sinta apta a recomendar o rastreamento e manejar adequadamente o diagnóstico e tratamento de um CCR (SHAUKAT et al., 2021) (USPSTF, 2021).

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DEVITA, HELLMAN, AND ROSENBERG'S, **Cancer: Principles and Practice of Oncology**. 11^a edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019.
2. KASPER, D.L. et al. **Medicina interna de Harrison**. 19^a edição. Porto Alegre: AMGH Editora, 2017.
3. SABISTON, D.C.Jr., ed. et al. **Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna**. 19^a edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
4. INCA, Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.
5. Screening for Colorectal Cancer: Recommendation Statement / **US Preventive Services Task Force Recommendation Statement (USPSTF)** – American Medical Association, 2021.
6. AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER (AJCC). **The AJCC Cancer Staging Manual**. 8^o edition. Springer, 2017.
7. CESAR, M. A. P. et al. Right colectomy associated to gastroduodenopancreatectomy in bloc for infiltrative colon tumor - case report. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 29, n. 3, p. 386–388, 2009.
8. CIROCCHI, R. et al. Laparoscopic versus open colectomy for obstructing right colon cancer: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Visceral Surgery**, v. 154, n. 6, p. 387–399, 2017.
9. HENRIQUES, A. C. et al. Duodenopancreatectomia e hemicolectomia direita em monobloco para tratamento de câncer de cólon direito localmente avançado. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 37, n. 3, p. 247–249, 2010.

10. ISSA, I. A.; NOUREDDINE, M. Colorectal cancer screening: An updated review of the available options. **World Journal of Gastroenterology**, v. 23, n. 28, p. 5086–5096, 2017.
11. JAECK, D. et al. Exéresis pancreaticefálicas: duodenopancreatectomías cefálicas (DPC). **Enciclopedia medico-quirúrgica.**, 2017.
12. RAHMAN, I. M. M. et al. **Complimentary Contributor Copy**. [s.l: s.n.].
13. SHAUKAT, A. et al. ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021. **The American journal of gastroenterology**, v. 116, n. 3, p. 458–479, 2021.
14. SIEGEL, R. L. et al. **Colorectal Cancer in the: Epidemiology, Prevention, Management**. p. 75–88, 2021.
15. THANIKACHALAM, K.; KHAN, G. Colorectal cancer and nutrition. **Nutrients**, v. 11, n. 1, 2019.
16. WEITZ, J. et al. Colorectal cancer. **Lancet**, v. 365, n. 9454, p. 153–165, 2005.

9 – ANEXOS



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO ELETRÔNICA NO SISTEMA INTEGRADO DE BIBLIOTECAS UNIGRANRIO (SIBI) – TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO MEDICINA

Eu, Beatriz Sant’Ana Isaias Rodrigues, portadora da carteira de identidade número 303174502, emitida por DETRAN-RJ, inscrito no CPF sob número 165.229.297-75, residente e domiciliado na Avenida Lúcio Costa N° 6700, apto 1302, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, telefone (21) 972806305, endereço eletrônico beatrizsantanair@gmail.com e, eu, Emanoelly Coelho Moraes, portadora da carteira de identidade número 280549841, emitida por DETRAN-RJ, inscrito no CPF sob número 13886464717, residente e domiciliado na rua Gustavo Corção, 957, apto 101, Recreio dos Bandeirantes, Rio de Janeiro, telefone (21) 976734788, endereço eletrônico manumoraais96@gmail.com.

Na qualidade de titulares dos direitos de autores da publicação intitulada: “Resolução Cirúrgica de Câncer de Cólon Direito Esporádico Localmente Avançado e o Impacto do Rastreamento Precoce: Relato de Caso”, apresentada em dezembro de 2021 para a Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy, como requisito para obtenção do grau de médico, autorizo a instituição supracitada a disponibilizar através de seu site ou portal ou delegar esta atividade, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o texto integral da obra citada, conforme permissões assinaladas, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir da data da defesa desta obra.

Duque de Caxias, 19 de novembro de 2021.

Beatriz Sant’Ana

Beatriz Sant’Ana Isaias Rodrigues

Emanoelly Coelho Moraes

Emanoelly Coelho Moraes