



Tumor sincrônico de reto e cólon esquerdo: Relato de caso

Synchronous tumor of the rectum and left colon: Case report

DOI: 10.56238/isevjhv3n2-013

Recebimento dos originais: 28/03/2024

Aceitação para publicação: 18/04/2024

Igor Hajime Kashiura Borba

Médico, Universidade do Oeste Paulista

Moabe Rezende de Lima

Cirurgião Geral, Universidade do Oeste Paulista

Matheus de Souza Camargo

Graduando em Medicina, Universidade do Oeste Paulista

Carlos Henrique Carvalho Kitayama

Graduando em Medicina, Universidade do Oeste Paulista

Ana Victoria Carvalho Domingues

Graduanda em Medicina, Universidade do Oeste Paulista

Enrico Garcia Panucci

Graduando em Medicina, Universidade do Oeste Paulista

Gabriel Vinícius Martins Parreira

Graduando em Medicina, Universidade do Oeste Paulista

Fernando Kawaminami Lopez

Graduando em Medicina, Universidade do Oeste Paulista

Lucas Correa Pironi

Graduando em Medicina, Universidade do Oeste Paulista

Pedro Correa Pironi

Graduando em Medicina, Universidade do Oeste Paulista

Barbara Mota Queiroz

Graduanda em Medicina, Universidade do Oeste Paulista

Arthur Pereira Pinheiro Lessa

Graduando em Medicina, Universidade do Oeste Paulista

RESUMO

Tumores sincrônicos, caracterizados pela presença simultânea de neoplasias em diferentes regiões ou por diagnósticos confirmatórios separados por até seis meses, geralmente estão associados a prognósticos desfavoráveis, especialmente no caso dos carcinomas colorretais, onde apresentam maior mortalidade e complicações pós-operatórias, além de exigirem uma nova abordagem terapêutica e resultarem em evoluções clínicas menos favoráveis. O câncer colorretal é a neoplasia



mais comum do trato gastrointestinal, e estudos recentes indicam que entre 15% e 25% dos pacientes com carcinoma colorretal apresentam a condição de tumores sincrônicos, destacando sua relevância clínica e a necessidade de abordagens adequadas.

Palavras-chave: Tumores sincrônicos, Carcinomas colorretais, Neoplasias.

1 INTRODUÇÃO

Tumores sincrônicos são definidos como a ocorrência simultânea de neoplasias em diferentes regiões, ou com diagnósticos confirmatórios separados por período menor ou igual a seis meses, e, geralmente, apresentam prognósticos piores; do ponto de vista dos carcinomas colorretais, os síncronos tem maior mortalidade que os tumores solitários, bem como mais complicações pós-operatórias, falhas de recuperação, necessidade de nova abordagem e evoluções desfavoráveis¹.

O câncer colorretal é a patologia oncológica mais diagnosticada dentre as neoplasias malignas que acometem o trato gastrointestinal (TGI). Os estudos mais atuais concordam que, especificamente do caso de tumores de cólon e reto, é relativamente comum a descoberta de sítios sincrônicos, algo em torno de 15 a 25% dos pacientes diagnosticados com carcinoma colorretal (CCR) apresentavam essa condição^{2,3}.

São poucos os textos mais atuais que abordam a correlação entre o surgimento do sítio primário e suas relações de causa e efeito no prognóstico dos pacientes com os sítios sincrônicos. Até pouco tempo, o CCR era considerado uma única entidade, e não se fazia uma menção clara às diferenças no curso de evolução da doença a depender das localizações das metástases e do tumor primário. Somente os manuais mais recentes de algumas academias americanas para estadiamento de câncer abordam de forma ampliada essa patologia complexa⁴.

Existe uma correlação entre o sítio primário das neoplasias colorretais e o surgimento de metástases. Brower et al., 2020, mostrou em sua coorte retrospectiva que pacientes com carcinomas restritos ao cólon, no momento do diagnóstico, apresentaram maiores tendências de evoluir com metástases hepáticas. Nesse mesmo estudo, estratificaram a localização precisa do tumor diagnosticado primariamente entre cólon direito, cólon esquerdo e reto; os resultados evidenciaram importante variação prognóstica a depender do sítio primário².

As diferenças entre as possibilidades de evolução da neoplasia a depender do sítio primário e da tendência de surgimento de metástases também são abordadas por Alexandrescu et al., 2020, que concluem importantes variações prognósticas de acordo com as variáveis formas de apresentação do binômio “sítio inicial – sincrônico”. Isso reforça a necessidade de identificar nos



pacientes portadores CCR a correta localização inicial do tumor, já pensando na possibilidade do surgimento precoce de metástase sincrônica em regiões mais predispostas, o que pode ser essencial para um prognóstico favorável.

Diante disso, o objetivo deste artigo é relatar o caso clínico de um paciente de 56 anos, que foi acometido por um tumor sincrônico de reto e cólon esquerdo, já em região de sigmoide. O diagnóstico foi auxiliado por métodos de imagem e anatomopatológicos, e o mesmo recebeu tratamento cirúrgico para resolução do quadro. Haverá comparação entre os desfechos encontrados e os esperados, de acordo com literaturas recentes a respeito da temática.

2 RELATO DE CASO

Paciente de 56 anos, do sexo masculino, procura pronto socorro queixando-se de sangue nas fezes, quadro iniciado há 03 anos, porém nunca havia procurado atendimento antes. Relatou que na família havia histórico de neoplasias no trato gastrointestinal (TGI) sendo a mais recente a irmã, que foi acometida por um câncer no intestino. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, sem alterações dignas de nota. Foi realizado toque retal por conta da queixa do paciente, e constatado melena em dedo de luva.

Por conta do achado do toque retal, a equipe atendente optou por internar o paciente para investigação laboratorial e por imagem. Ele foi internado em leito de enfermaria comum, e se manteve sem intercorrências durante o período. O caso foi discutido com a equipe cirúrgica, que solicitou uma tomografia computadorizada (TC) de abdome total inicialmente; o exame evidenciou espessamento parietal do segmento retal, associado a borramento e densificação da gordura circundante, o que indicava processo inflamatório e chamou atenção para neoplasia.

Para auxiliar no diagnóstico, foi solicitada uma videocolonosopia, onde foi visualizada uma lesão úlcero-infiltrativa e friável em cólon sigmoide, classificada pelo operador do exame como Paris tipo 3, a cerca de 30 cm da borda anal, comprometendo cerca de 75% da luz do órgão, e também uma lesão com as mesmas características, porém situada no reto, desde a borda anal e se estendendo por cerca de 8 cm. Por estarem em diferentes sítios anatômicos e sem continuidade entre si, os tumores eram, portanto, sincrônicos.

Dada a prevalência conhecida de metástases hepáticas e pulmonares em neoplasias colorretais, foi solicitada, também, uma radiografia de tórax, que não evidenciou linfonomegalias mediastinais ou quaisquer outras alterações relevantes. Foi realizada ainda uma ressonância magnética (RNM) de pelve, que mensurou a lesão vegetante circunferencial do reto medindo 6,2 cm em seu maior eixo, com comprometimento do canal anal. Os resultados dos



exames de imagem foram discutidos pelos cirurgiões responsáveis pelo caso, que optaram por abordagem invasiva.

A cirurgia foi realizada 15 dias após a chegada do paciente no serviço de urgência; o procedimento realizado foi uma amputação abdomino-perineal, que se deu sem intercorrências. Foi mantida uma margem de 1 cm das bordas das lesões. As peças cirúrgicas foram encaminhadas para anatomopatologia após o procedimento, que confirmou a segurança das margens e classificou ambas as lesões como adenocarcinomas moderadamente diferenciados, ulcerados e infiltrantes, que cresceram até a camada muscular própria (tumor do canal anal) e serosa (tumor do sigmoide). Os 37 linfonodos analisados não evidenciaram presença de metástases.

Encaminhado novamente ao leite comum de enfermaria, o paciente manteve-se estável, em uso apenas de colostomia, sintomáticos e antibioticoprofilaxia, sem registro de intercorrências. Uma RNM de abdome e pelve de controle foi realizada 3 dias após o procedimento, que não evidenciou alterações significativas além das esperadas pela manipulação cirúrgica. Dada a melhora clínica do paciente e o bom resultado da abordagem, o mesmo teve alta para seguimento ambulatorial 04 dias após a cirurgia.

3 DISCUSSÃO

É consensual que tumores sincrônicos de trato gastrointestinal apresentam morbimortalidade do que os solitários¹. Estudos recentes revelam que existem diferenças substanciais nos prognósticos de pacientes que apresentam tumores síncronos, diferenças essas que se intensificam quando a localização do tumor inicial é tomada em consideração^{2,5}. Por muito tempo, esse diagnóstico foi subestimado, pois os CCR eram vistos como uma entidade única, e suas localizações não eram levadas em conta, padronizando as abordagens e mascarando a real gravidade de alguns casos⁴.

Considerando que a compreensão mais ampla dos carcinomas colorretais como entidades diferentes a depender dos sítios iniciais é algo recente, é esperado que não haja muitos estudos meta-analíticos acerca do tema; contudo, diversos estudos retrospectivos observacionais já foram realizados, e parecem concordar em diversos pontos a respeito de prognósticos, diagnósticos e manejo dos pacientes.

Warps et al., 2021, avaliaram os resultados pós-cirúrgicos para abordagem de CCR de quase 30 mil pacientes holandeses. Os pesquisadores descobriram que 4,4% dessa amostra de pacientes evoluiu com CCR síncrono, sendo que a maioria teve o segundo sítio situado em cólon direito e apenas 17,6% em cólon esquerdo. Evidenciou-se ainda que o diagnóstico precoce teve



impacto positivo no panorama geral, contudo, pacientes que tiveram tumores sincrônicos permaneceram com os piores prognósticos. Um dado muito relevante é o de que pacientes que apresentaram um dos sítios sincrônicos no reto receberam menos terapia adjuvante (quimioterapia, radioterapia etc) e mais procedimentos cirúrgicos, tendo também as maiores taxas de complicações e mortalidade.

Dentre os estudos selecionados para revisão de literatura deste artigo, foi consensual que CCR síncronos com um sítio em cólon direito apresentam pior prognóstico. Perea et al., 2021, concluíram que pacientes com carcinomas síncronos comprometendo cólon direito apresentaram diferenças não somente clínicas, mas também laboratoriais em relação aos pacientes com tumores em reto e cólon esquerdo. Esses pacientes tiveram maior tendência a desenvolver novos pólipos ao longo do tratamento; além disso, foram identificadas alterações genômicas e expressão de proto-oncogenes em maiores quantidades em tumores síncronos do cólon direito.

Uma coorte de base populacional sueca, com uma amostra de 238 pacientes com carcinomas colorretais e tumor sincrônico hepático, identificou que os pacientes onde o sítio primário era em região de colon direito apresentaram menores taxas de sobrevida em relação a outras regiões anatômicas³. Um outro estudo sueco, com uma amostra maior, de 12.201 pacientes, avaliou as diferenças entre sexo masculino e feminino na cirurgia metastática após CCR sincrônico. Neste artigo, Ljunggren et al., 2022, evidenciaram que mulheres apresentaram maior propensão a ter pelo menos um sítio síncrono em cólon direito, e concordante com Olsson et al, pacientes com CCR em cólon direito apresentaram menores taxas de sobrevida.

Ljunggren et al., 2022, notaram ainda que pacientes que tiveram como sítio inicial para o CCR o cólon direito, tiveram um diagnóstico mais tardio. Possivelmente, esse atraso diagnóstico, tenha sido responsável pelos piores desfechos desse grupo, visto que outros estudos mostram que o diagnóstico precoce favorece melhores desfechos¹. Perea et al., 2021, contudo, apresenta um resultado diferente; seu estudo clínico-patológico evidenciou que pacientes com CCR a direita teve diagnósticos mais precoces, por conta de sintomatologia mais pronunciada. Ambos os estudos concordam na identificação de mais alterações genômicas nos tumores síncronos a direita.

Em relação ao segundo sítio, ou sítio síncrono, Brouwer et al., 2020, em seu estudo com uma amostra de 36.297 pacientes, identificaram que, na maioria das vezes, o tumor secundário aparecia no fígado, salvo nos casos onde o sitio primário era no cólon direito; neste caso, o sítio secundário tinha maior tendência a surgir no peritônio. Aqui, novamente foi dito que esses pacientes com sitio primário à direita apresentaram as piores taxas de sobrevida quando comparados a pacientes cujo tumor inicial tenha disso em outra região do cólon ou reto.



Yang et al., 2020, avaliaram alguns relatórios de saúde da China, onde conduziram um estudo retrospectivo com 1.902 pacientes. Os pesquisadores evidenciaram que relatórios clínicos de pacientes com múltiplos tumores malignos primários apresentam tendência de aumento no país, frente a aumento da taxa de sobrevida, contudo, a qualidade de vida para esses pacientes é considerada ruim, dado o grau de intervenção cirúrgica para resolução dos casos, necessidade de ostomização entre outros aspectos. O estudo de Perea et al., 2021, também evidenciou uma tendência para diagnósticos em pacientes cada vez mais jovens com CCR síncronos, mas na Espanha.

Desconsiderando diferenças entre sexo masculino e feminino, as 5 regiões mais prováveis para descoberta do tumor secundário foram, em ordem decrescente, mamas, tireoide, tumores ginecológicos não uterinos, pulmões e cólon. O sítio retal foi o 8º mais comum para diagnóstico do segundo tumor⁷. É quase unânime o resultado evidenciado em pesquisas de que, após a detecção de CCR, com sítio primário em cólon ou reto, deve-se esperar por metástases síncronas; Yang et al., 2020, preconiza o início do rastreio para metástases pulmonares em, no máximo, 6 meses.

Embora a relação entre tumores colorretais primários e seu comportamento a depender do sítio inicial tenha se mostrado mais previsível do que imaginávamos, a literatura ainda carece de dados a respeito dessas correlações. Há poucos registros sobre casos de tumores síncronos de cólon e reto, que foi exatamente o caso do paciente cujo caso foi aqui relatado. Baseado na literatura utilizada, pudemos relacionar a localização do sítio colônico à esquerda como fator de melhor prognóstico; contudo, especificamente em relação ao prognóstico do binômio cólon-retos, praticamente não há informações concretas.

Concluimos que, embora esteja avançando, essa é uma área da medicina que precisa de novos estudos que permitam identificar as reais relações de causa e consequência entre CCR, seus sítios iniciais, seus sítios síncronos e o curso de evolução das diferentes combinações que possam surgir. Já é um fato que os carcinomas de cólon direito, esquerdo e reto são entidades completamente diferentes, tanto do ponto de vista histológico quanto do ponto de vista clínico, e portanto, devem ser tratados como tal, para que cada paciente possa receber abordagens mais individualizadas e compatíveis com a patologia pela qual foram acometidos.



REFERÊNCIAS

WARPS, A. K. et al. A 10-Year Evaluation of Short-Term Outcomes After Synchronous Colorectal Cancer Surgery: a Dutch Population-Based Study. v. 25, n. 10, p. 2637–2648, 24 maio 2021.

BROUWER, N. P. M. et al. The Impact of Primary Tumor Location in Synchronous Metastatic Colorectal Cancer: Differences in Metastatic Sites and Survival. *Annals of Surgical Oncology*, 2 dez. 2019.

BÅVERUD OLSSON, L. et al. Differences in management and outcome for colon and rectal carcinoma with synchronous liver metastases: a population-based cohort study. *Colorectal Disease*, v. 23, n. 4, p. 860–867, 26 dez. 2020.

ALEXANDRESCU, S. T. et al. Influence of the Primary Tumor Location on the Pattern of Synchronous Metastatic Spread in Patients with Stage IV Colorectal Carcinoma, According to the 8 th Edition of the AJCC Staging System. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases*, v. 29, n. 4, p. 561–568, 12 dez. 2020.

PEREA, J. et al. A clinico-pathological and molecular analysis reveals differences between solitary (early and late-onset) and synchronous rectal cancer. *Scientific Reports*, v. 11, n. 1, 26 jan. 2021.

LJUNGGREN, M. et al. Sex differences in metastatic surgery following diagnosis of synchronous metastatic colorectal cancer. *International Journal of Cancer*, v. 152, n. 3, p. 363–373, 1 fev. 2023.

YANG, X.-B. et al. High incidence combination of multiple primary malignant tumors of the digestive system. *World Journal of Gastroenterology*, v. 28, n. 41, p. 5982–5992, 7 nov. 2022.