



Tumor de retossigmoide: um relato de caso

DOI: 10.56238/isevjhv3n4-006

Recebimento dos originais: 11/06/2024

Aceitação para publicação: 31/07/2024

Helen Brambila Jorge Pareja

Mestrado em Ciências da Saúde

Universidade do Oeste Paulista

ID lattes: 8792800011270177

E-mail: Brambila_hj@hotmail.com

Samer Majid Ghadie

Graduado em Medicina

Universidade do Oeste Paulista

ID Lattes: 1991192270896411

E-mail: samerghadie@hotmail.com

Ana Luiza Ramires Messias Silva

Graduanda em Medicina

Universidade do Oeste Paulista

ID lattes: 0550155693152403

E-mail: analu.rms@hotmail.com

João Lucas Dias Trepiche

Graduando em Medicina

Universidade do Oeste Paulista

ID lattes: 1814063697588703

E-mail: joaodias1704@gmail.com

Julia Antonia Pereira Corrêa

Graduanda em Medicina

Universidade do Oeste Paulista

IDlattes: 1725024156399503

E-mail: juliacorrea14@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O tumor de retossigmoide abrange os tumores que se iniciam no intestino grosso, chamado cólon, e no reto, sendo a segunda neoplasia mais incidente no Brasil. Os principais fatores relacionados ao maior risco de desenvolver tumor de retossigmoide são: idade igual ou acima de 50 anos, obesidade, inatividade física, além de fatores hereditários. Quando descoberto na fase inicial, a cirurgia é a principal forma de tratamento, podendo ou não ser combinada com outras abordagens como a quimioterapia e a radioterapia. No entanto, a definição sobre a realização de qualquer procedimento parte da avaliação individual, consenso da equipe multidisciplinar e concordância do paciente e seus familiares. **Objetivo:** Demonstrar a importância de um diagnóstico precoce de tumor de retossigmoide para melhor prognóstico. **Métodos:** A partir de um caso médico ocorrido na Santa Casa da Misericórdia de Presidente Prudente, e seu prontuário, foram coletadas informações para realização desse relato. **Resultados:** O tratamento cirúrgico continua ser a melhor opção. A literatura atual indica que a precisão do estadiamento e a sobrevida global aumentam

proporcionalmente ao número de linfonodos analisados. A base cirúrgica principal é a remoção em bloco do tumor com adequadas margens proximal e distal, associada à remoção dos linfonodos mesentéricos. Conclusão: O diagnóstico é dado pela história clínica, exame físico, incluindo o proctológico e retossigmoidoscopia e/ou colonoscopia com biópsia. O prognóstico depende do estágio evolutivo da lesão, sendo dividido em neoplasia limitada à mucosa e à submucosa; comprometimento da serosa, porém com linfonodos não comprometidos; linfonodos comprometidos.

Palavras chave: Tumor de retossigmoide; tratamento; câncer colorretal; diagnóstico.

1 INTRODUÇÃO

O tumor de retossigmoide abrange os tumores que se iniciam no intestino grosso, chamado cólon, e no reto (15-12 cm finais do intestino, imediatamente antes do ânus), sendo a segunda neoplasia mais incidente no Brasil. Também é conhecido como câncer de cólon e reto ou colorretal. Além disso, tanto homens como mulheres são igualmente afetados, sendo doença tratável e frequentemente curável, quando apenas localizada no intestino (INCA, 2023).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer – INCA, a incidência no Brasil em 2023, foram 21.970 novos casos em homens (9,2%), e 23.660 novos casos em mulheres (9,7%), sendo o segundo tipo mais prevalente em ambos os sexos. Já no que diz respeito à mortalidade no Brasil em 2021, os homens apresentaram 10.662 óbitos (8,8%), e as mulheres apresentaram 10.598 óbitos (9,6%), sendo o terceiro tipo mais fatal em ambos os sexos.

Os principais fatores relacionados ao maior risco de desenvolver tumor de retossigmoide são: idade igual ou acima de 50 anos, obesidade, inatividade física, tabagismo prolongado, alto consumo de carne vermelha ou processada, baixa ingestão de cálcio, consumo excessivo de álcool e alimentação pobre em frutas e fibras. Existem fatores de origem hereditária que aumentam o risco, os quais incluem histórico familiar de câncer retossigmoide e/ou pólipos adenomatosos, algumas condições genéticas como a polipose adenomatosa familiar e o câncer retossigmoide hereditário sem polipose, histórico de doença inflamatória intestinal crônica (colite ulcerativa e doença de Crohn) e diabetes mellitus tipo 2. Ainda, fatores como a exposição ocupacional à radiação ionizante, como aos Raios X e Gama (INCA, 2023).

A formação em massa de uma neoplasia se desenvolve quando células saudáveis no revestimento do cólon ou reto crescem fora de controle. O CCR geralmente começa com o crescimento de tecido na membrana mucosa, conhecido como pólipo (crescimento não canceroso que pode se desenvolver no cólon ou na parede interna do reto à medida que as pessoas envelhecem). Esse tipo de câncer é tratável e, na maioria dos casos, curável quando detectado

precocemente e quando outros órgãos não foram atingidos. Uma maneira de prevenir o aparecimento desses tumores é a detecção e remoção dos pólipos antes de se tornarem malignos (ESMEETA et al. 2022).

Os sintomas variam de acordo com a localização anatômica da neoplasia. No tumor de cólon esquerdo (descendente, sigmóide) predomina alteração do hábito intestinal (constipação progressiva, ou constipação alternada com hiperdefecção ou diarreia). No câncer do cólon direito (ascendente, ceco), as lesões costumam ulcerar, predomina a perda de sangue oculto nas fezes e a anemia ferropriva. Esses tumores são altamente sangrantes, mas raramente causam obstrução do fluxo fecal, devido ao maior calibre do colón e por conter fezes de consistência líquida. Podem crescer bastante antes de causarem sintomas obstrutivos e outras alterações dos hábitos intestinais. Geralmente são tumores maiores e mais invasivos ao diagnóstico (BARILE et al. 2020).

A cirurgia para câncer colorretal é considerada um dos três pilares fundamentais em que se apoia o tratamento da doença. No entanto, ela não é indicada em todos os casos, dependendo assim, da fase em que foi diagnosticada, da extensão e da localização do tumor (DISNER, 2022).

Quando descoberto na fase inicial, a cirurgia é a principal forma de tratamento, podendo ou não ser combinada com outras abordagens como a quimioterapia e a radioterapia. Um tratamento muito usado é a Terapia Neoadjuvante Total (TNT), a qual consiste em duas fases de tratamento: a primeira, com a RTQT (radioquimioterapia) tradicional, seguida de uma segunda etapa, baseada na aplicação de quatro meses de quimioterapia, com objetivo de desaparecer com o tumor. Pacientes com desaparecimento do tumor sem cirurgia precisam manter uma rotina de seguimento médico, com a realização periódica de exames de imagem e colonoscopia para assegurar que não houve retorno da doença. Aqueles que não obtêm boas respostas com a TNT, ou seja, os exames de controle indicam a presença de tumor residual, ainda precisam passar por cirurgia radical na maioria dos casos (PEREZ et al. 2022).

Poucas ferramentas de triagem já foram estabelecidas para detectar CCR em seus estágios iniciais, como colonoscopia, sigmoidoscopia, exame de sangue oculto nas fezes e teste imunohistoquímico fecal (ESMEETA et al. 2022). Altos níveis séricos de antígeno carcinoembrionário (ACE) estão presentes em 70% dos pacientes com câncer de colo. O nível de ACE é obtido rotineiramente como parte da avaliação inicial para CRC, mas este teste não é sensível nem específico e, portanto, não é recomendado para fins de rastreamento. Entretanto, se o CEA estiver alto no pré-operatório e baixo após a remoção do tumor do colo, monitorar o CEA pode ajudar a detectar a recorrência mais precocemente (BARILE et al. 2020).

Em relação a cirurgias, há a realizada por colonoscopia conhecida por Remoção, visto que é um procedimento pouco invasivo, indicado na retirada de tumores pequenos e muito superficiais, confinados à mucosa, no qual o tumor é removido como parte do pólipó ou pode ser um pouco mais extenso, removendo uma pequena quantidade de tecido do entorno, na parede do cólon. (DISNER, 2022). Além disso, existe a Colectomia por cirurgia aberta ou laparoscópica considerada uma cirurgia para câncer colorretal de porte médio, que tem o objetivo de remover a parte do intestino que contém o tumor e os linfonodos da região. Assim, consiste em um procedimento o qual o intestino grosso fica exteriorizado na parede abdominal e as fezes saem em uma bolsa coletora. Pode ser temporária ou permanente. A diferença na laparoscópica é pela realização de três a quatro pequenas incisões, com a vantagem de ser uma intervenção que requer menos tempo de internação, menor risco de complicações e recuperação mais rápida (DISNER, 2022).

Quando o câncer já está disseminado e com tumores que bloqueiam o cólon, pode ser realizada uma cirurgia para aliviar a obstrução, sem remover a parte do cólon que contém o tumor. Neste procedimento, o cólon é seccionado acima do tumor e colocado um estoma para permitir a eliminação das fezes. Conhecida como derivação de colostomia, essa intervenção ajuda na recuperação do paciente, o suficiente para dar início a outros tratamentos, como a quimioterapia (DISNER, 2022).

O CCR recentemente é estadiado de acordo com a classificação de tumor, linfonodo e metástases (TNM) pela profundidade mural do tumor primário (T), pela presença de metástases linfonodais locais (N) e pela presença de metástases à distância (M) (BARILE et al. 2020).

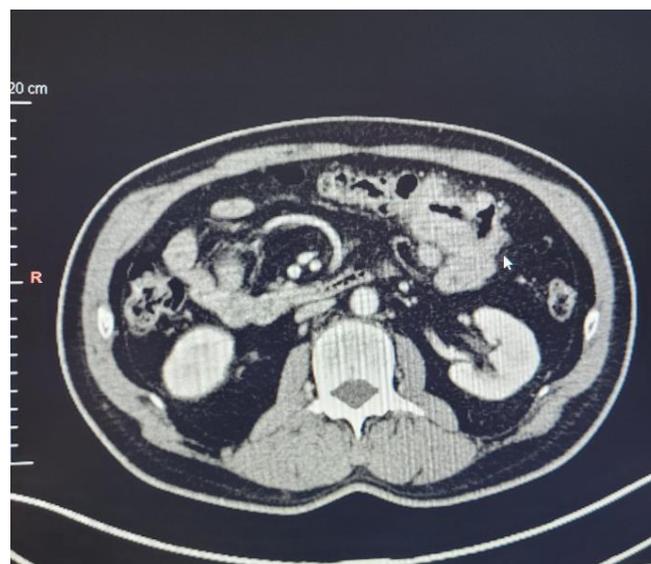
O local onde o tumor ocorre no intestino tem implicações para o tratamento. Ou seja, o câncer de cólon e o câncer retal são dois cânceres distintos que requerem abordagens diferentes, dependendo também do seu estágio. No entanto, a definição sobre a realização de qualquer um desses procedimentos parte da avaliação individual, consenso da equipe multidisciplinar e concordância do paciente e seus familiares (PEREZ et al. 2022).

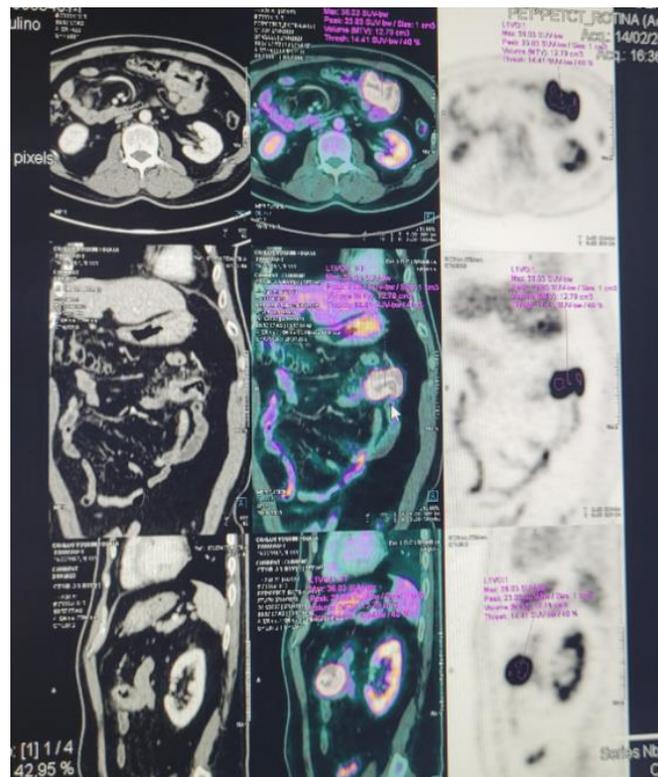
2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente CYH, sexo masculino, 55 anos, nega antecedentes pessoais e medicações de uso contínuo. No exame físico apresentava abdome flácido, difusamente doloroso à palpação, FO ocluída. Foi realizada uma biópsia endoscópica de lesão estenosante a 90cm do rebordo anal, em que foi constatado adenocarcinoma invasivo moderadamente diferenciado. Realizada a cirurgia, seu diagnóstico representava um adenocarcinoma invasivo em cólon esquerdo, com MTX

(metotrexato) linfonodal, sem MTX a distância. Foi submetido à colectomia esquerda ampliada (com ressecção sigmoide até terço médio transverso), linfadenectomia retroperitoneal e omentectomia, sem intercorrências, encaminhado a UTI. O produto de retossigmoidectomia demonstrou infiltração transmural até gordura pericólica, margens cirúrgicas proximal, distal e radial livres de neoplasia e linfonodos pericólicos (26) livres de neoplasia metastática. Paciente evoluiu estável sem DVA, eupneico com boa diurese, sem intercorrência no período, no 1º dia pós-operatório. No 2º dia pós-operatório ocorre a retirada da SVD, início de clexane e estímulo da deambulação, refere sentir peristalse, porém sem eliminar flatus, mantém hipotensão desde o primeiro dia, sem taquicardia e sem queda de hemoglobina. No 3º dia pós-operatório já estava no quarto, deambulando, sem dores e sintomas, aceitou a dieta líquida, eliminou flatus e não evacuou. No 4º dia evolui para dieta pastosa e evacuou com Fleet. Após suplementação não se sentiu bem e apresentou vômito com conteúdo gástrico em grande quantidade no 6º dia, sendo solicitada tomografia computadorizada de abdome, onde notou-se pequeno derrame pleural bilateral, com atelectasia do parênquima pulmonar adjacente. No 7º dia pós-operatório foi introduzida a sonda nasogástrica em drenagem 400ml imediata, sendo retirada no dia seguinte, com TC de abdome sem alterações.

Paciente recebe alta, após ATB, retirada de dreno hemático pequeno débito (presente desde o 3º dia pós-operatório), com encaminhamento ao nutricionista.





3 DISCUSSÃO

Na avaliação dos antecedentes pessoais e patológicos os fatores que poderiam ser considerados de risco para o paciente em relação à presença de um adenocarcinoma colorretal são a idade acima dos 50 anos. Tendo em vista que 90% dos casos de câncer colorretal ocorrem em pacientes acima dos 60 anos, o correto seria a realização de colonoscopia a cada 10 anos, para que assim, o diagnóstico seja possível e por fim, seu tratamento precoce (BALDIM et al. 2022).

Os adenocarcinomas colorretais crescem lentamente, portanto, seus sintomas ocorrerão após tempo suficiente para crescimento do tumor e assim, provocar sinais e sintomas. Além disso, os sintomas dependem do tamanho, extensão, localização e complicações da lesão causada pelo câncer colorretal (HABR-GAMA, 2005). O colo direito tem grande calibre, uma parede fina e seu conteúdo é líquido; assim, a obstrução é um evento tardio. O sangramento geralmente é oculto, causando fadiga e fraqueza devido anemia grave, porém estes geralmente são as principais e únicas queixas, já que os tumores costumam ser assintomáticos e são detectados somente quando uma colonoscopia ou exames de imagem seccionais são feitos por outro motivo (BUSTAMANTE-LOPEZ et al. 2019). O colo esquerdo tem lúmen menor, as fezes são semissólidas e o câncer tende a causar obstrução intestinal mais precocemente do que no colo direito, por isso seu diagnóstico é realizado mais precocemente. A obstrução parcial com cólicas abdominais ou a obstrução completa podem ser parte do quadro de apresentação. As fezes podem ser afiladas ou mescladas

com sangue. Alguns pacientes se apresentam com sintomas de perfuração, geralmente bloqueada (dor localizada e sensível) ou raramente com peritonite difusa (BUSTAMANTE-LOPEZ et al. 2019). No caso relatado, o paciente queixava-se de dor localizada no abdome, visto que se tratava de um tumor na parte esquerda do colo.

Foi realizado em conjunto com uma linfadenectomia retroperitoneal, a qual uma cirurgia de retirada dos linfonodos da região retroperitoneal, além também de uma Omentectomia, que consiste na retirada do tecido gorduroso que cobre os órgãos abdominais. Em suma, essas cirurgias foram retiradas a fim de evitar metástases e além da verificação se esta já está presente ou ausente (BARCHI et al. 2019).

A base cirúrgica principal é a remoção em bloco do tumor com adequadas margens proximal e distal, associada à remoção dos linfonodos mesentéricos. Obter o maior número de linfonodos na peça cirúrgica beneficia o paciente na avaliação da extensão da doença permitindo apropriada terapia adjuvante. Estudos prévios recomendam a análise de pelo menos 12 linfonodos nas peças cirúrgicas (CISZ et al. 2011). Nesse caso, a quantidade de linfonodos retirados do paciente (26) ultrapassa do número ideal indicado pela literatura. Além disso, foi realizada a remoção do tumor com margens proximal, distal e radial adequadas.

4 METODOLOGIA

A partir de um caso médico ocorrido na Santa Casa da Misericórdia de Presidente Prudente, juntamente com seu prontuário médico, foram coletadas informações para realização desse relato de caso. Além disso, foi realizada uma busca de informações em bases de dados.

5 RESULTADOS

O tratamento cirúrgico continua ser a melhor opção. A literatura atual indica que a precisão do estadiamento e a sobrevida global aumentam proporcionalmente ao número de linfonodos analisados. A base cirúrgica principal é a remoção em bloco do tumor com adequadas margens proximal e distal, associada à remoção dos linfonodos mesentéricos. Os adenocarcinomas colorretais crescem lentamente, portanto, seus sintomas ocorrerão após tempo suficiente para crescimento do tumor e assim, provocar sinais e sintomas.



6 CONCLUSÃO

O diagnóstico do câncer do cólon e do reto é dado pela história clínica, exame físico, incluindo o proctológico e retossigmoidoscoia e/ou colonoscopia com biopsia. O prognóstico depende do estágio evolutivo da lesão, sendo dividido em neoplasia limitada à mucosa e à submucosa; comprometimento da serosa, porém com linfonodos não comprometidos; linfonodos comprometidos.



REFERÊNCIAS

- BALDIM, J. A. et al. CÂNCER COLORRETAL SINCRÔNICO: RELATO DE CASO. RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218, v. 3, n. 1, p. e31912–e31912, 2022
- BARCHI, L. C. et al. Total omentectomy in gastric câncer surgery: is it always necessary? ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), v. 32, n. 1, 2019. BARCHI et al. 2019
- BARILE, H. F. et al. Colectomia em paciente com câncer de cólon: relato de caso. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 53, p. e3523, 16 jul. 2020.
- BUSTAMANTE-LOPEZ, L. A. et al. Is there a difference between right – versus left – sided colon cancers? Does side make any difference in long – term follow – up? ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), v. 32, 20 dez. 2019.
- CISZ, K. C. et al. Total de linfonodos identificados após a ressecção do câncer colorretal. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), v. 24, n. 2, p. 103–106, jun. 2011.
- DISNER, E. Como funciona a cirurgia para câncer colorretal? SBCO. 10 de ago. 2022. Disponível em: <<https://sbco.org.br/como-funciona-a-cirurgia-para-cancer-colorretal>>. / Acesso em: 29 abr.2024. DISNER, 2022
- ESMEETA, A. et al. Plant-derived bioactive compounds in colon cancer treatment: An updated review. Biomedicine & Pharmacotherapy, v. 153, p. 113384, set. 2022
- HABR-GAMA, A. Câncer colorretal: a importância de sua prevenção. Arquivos de Gastroenterologia, v. 42, n. 1, p. 2–3, jan. 2005. INCA - Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde 2023. Câncer de intestino. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-intestino>. Acesso em: 22 abr. 2024.
- PEREZ R., CARVALHO R., GIL E. Tratamento conservador ganha espaço no combate aos tumores de reto. A beneficência portuguesa de São Paulo. 21/03/2022. Disponível em: <https://www.bp.org.br/artigo/tratamento-conservador-ganha-espaco-no-combate-aos-tumores-de-reto>. Acesso em: 29 abr.2024. PEREZ et al. 2022