

CC 364

**RICARDO LUNA**

**NEOPLASIA MALIGNA DO INTESTINO GROSSO:  
ANÁLISE DE 143 CASOS DE CÂNCER DE COLO E  
JUNÇÃO RETO-SIGMÓIDE.**

Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
conclusão no Curso de Graduação em  
Medicina .

**FLORIANÓPOLIS**

**1998**

**RICARDO LUNA**

**NEOPLASIA MALIGNA DO INTESTINO GROSSO:  
ANÁLISE DE 143 CASOS DE CÂNCER DE COLO E  
JUNÇÃO RETO-SIGMÓIDE**

Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
conclusão no Curso de Graduação em  
Medicina .

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edson J. Cardoso

Orientador: Prof. Dr. Felipe Felício.

**FLORIANÓPOLIS**

**1998**

**Luna, Ricardo.** *Neoplasia Maligna do Intestino Grosso: Análise de 143 Casos de Câncer de Colo e Junção Reto-Sigmóide*. Florianópolis, 1998.  
36p.

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para  
Conclusão do Curso de Graduação em Medicina – UFSC.

1. neoplasia, 2.epidemiologia, 3.adenocarcinoma, 4.intestino grosso.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Dr. Felipe Felício, pelo incentivo e orientação.

Aos Serviços de Colo-Proctologia do Hospital Universitário e Hospital de Caridade.

Ao Sr. Wilson e Sra. Maria Eliane, funcionários do Arquivo Médico do Hospital de Caridade.

À minha noiva Viviane, pelo apoio e compreensão nos momentos de dificuldade.

# ÍNDICE

1) INTRODUÇÃO.....	4
2) OBJETIVO.....	9
3) MATERIAIS E MÉTODOS.....	10
4) RESULTADOS.....	13
5) DISCUSSÃO.....	25
6) CONCLUSÃO.....	30
7) BIBLIOGRAFIA.....	31
8) RESUMO.....	35
9) ABSTRACT.....	36

# 1 - INTRODUÇÃO

O carcinoma de intestino grosso é um dos tumores mais comuns que acometem o ser humano. Nos Estados Unidos há um aumento de 140000 novos casos, e cerca de 60000 óbitos a cada ano (inclui-se na estatística colo e reto)<sup>1</sup>. Considera-se ainda uma doença de países desenvolvidos, pois tem alta incidência na América do Norte, Europa e Austrália com exceção do Japão, e baixa incidência na África e Ásia<sup>2</sup>. A diferença de acometimento entre homens e mulheres é muito baixa, além disso esta doença afeta com maior frequência pessoas mais idosas.

A etiologia do carcinoma colorretal é desconhecida, sabe-se que os fatores ambientais principalmente dietéticos tem grande influência no surgimento desta afecção<sup>2</sup>. De tal forma que nos japoneses sua incidência é baixa, no entanto os imigrantes que estão nos Estado Unidos e adotaram uma dieta ocidental são tão afetados quanto os ocidentais. Isto se aplica também aos negros que vivem na África e Estados Unidos, bem como aos habitantes do meio rural que migram para centros urbanos<sup>2</sup>. Há sabidamente alguns fatores que predispõe ao carcinoma de colo: adenomas ou papilomas, retocolite ulcerativa, dieta pobre em fibras que acarretam uma diminuição do trânsito intestinal, desta forma qualquer carcinógeno ficará mais tempo em contato com a mucosa, correlaciona-se também metabólitos do colesterol e sais biliares (colecistectomia prévia) com a produção de carcinógenos<sup>2,3,4,5,6</sup>. Há estudos clínicos que demonstram alguma predisposição hereditária, mas nada conclusivo<sup>7,8,9</sup>, e ainda segundo Lipkin et al<sup>10</sup> uma dieta rica em cálcio proporcionaria diminuição na incidência de tumor de colo. Hennigan et al<sup>11</sup> relatou <sup>al</sup> que a lactose pode ter algum papel de proteção contra o desenvolvimento do câncer colorretal por reduzir o pH do colo diminuindo a produção de carcinógenos. Wilmink<sup>2</sup> comenta que não há provas

de que o álcool ou fumo possam induzir o aparecimento de neoplasias malignas no colo.

N.S.  
precis

Macroscopicamente as formas mais comuns são a ulcerada e a polipóide que podem atingir grande volumes levando a obstrução<sup>12</sup> que acarreta hiperperistaltismo e dilatação proximal do intestino, podendo ainda causar intussuscepção e perfuração. Os tumores podem se apresentar como múltiplos ou únicos<sup>7</sup>.

material

Microscopicamente na maioria das vezes são adenocarcinomas, mas há descrição de linfomas, carcinóides e leiomiossarcomas. Variam de bem diferenciados a anaplásicos (Graus I a IV). O estadiamento pode ser através da classificação de Dukes ou Aster e Coller<sup>1,7,13</sup>, a primeira considera estadio "A" para invasão até a muscular própria mas sem atravessá-la e com gânglios livres, "B" para invasão através de toda parede com gânglios livres, "C1" para acometimento de gânglios linfáticos adjacentes, "C2" para envolvimento de gânglios do ponto de ligadura dos vasos, e "D" para metástases a distância ou órgãos adjacentes. A classificação de Aster e Coller considera "A" para lesões limitadas à mucosa, "B1" para lesões até a muscular própria com gânglios negativos e "B2" lesões penetrando a muscular própria com gânglios negativos, "C1" para lesões limitadas a parede com gânglios positivos e "C2" lesões através da parede com linfáticos positivos. Existe ainda a Classificação TNM, mas esta não é adotada universalmente<sup>1,7,14</sup>.

Outro ponto importante são as vias de disseminação do carcinoma do colo que podem ser basicamente:

- por continuidade;
- transperitoneal;
- linfática;
- hematogênica;
- implantação.

- a) Por continuidade: é quando a disseminação ocorre após o tumor ter invadido toda parede e eventualmente abranger áreas adjacentes;
- b) Transperitoneal: provavelmente se dá pela extensão local para o peritônio;
- c) Linfática: o acometimento linfático é um dos mais comuns;
- d) Hematogênico: por disseminação de células tumorais na corrente sanguínea;
- e) Implantação: pode haver implantação das células malignas em feridas operatórias ou lesões locais.

Referência  
bibliográfica

Os sítios mais comuns de metástases são em ordem decrescente: gânglios, fígado, pulmão, suprarrenais, rins, ossos e cérebro.

Existem os chamados tumores sincrônicos e metacrônicos do colo, os primeiros se relacionam com uma segunda lesão cancerosa ocorrendo ao mesmo tempo da primeira, os metacrônicos são os tumores que se desenvolvem em um momento futuro<sup>1,15</sup>.

A evolução do tumor de colo pode se apresentar de várias maneiras desde insidiosa com sintomas crônicos até emergencial com obstrução aguda ou perfuração e peritonite, o que acarreta prejuízo à sobrevida e aumenta a morbimortalidade<sup>12,16</sup>. Os sinais e sintomas mais comuns são alteração de hábito intestinal, dor abdominal, distensão abdominal, sangramento, massa palpável, anemia<sup>17</sup>, emagrecimento, queda do estado geral.

A hipótese diagnóstica na maioria das vezes é possível através da anamnese e exame físico, mas em alguns casos pode haver doentes assintomáticos. Os exames complementares são de suma importância para avaliação da doença, bem como para o estadiamento e diagnóstico nos pacientes assintomáticos<sup>18</sup>. A retossigmoidoscopia flexível permite visualização de lesões na junção reto-sigmóide e sigmóide por inteiro, sendo possível também a realização de biópsia. A colonoscopia tem grandes vantagens sobre a retossigmoidoscopia pois, na maioria das vezes consegue chegar até o ceco. Tais exames podem ainda ser complementados pelo enema opaco que é capaz de diagnosticar lesões de até



1cm ou mais. Tanto para investigar metástases ou a lesão primária podem ser feitos a Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Rx, etc. O CEA(antígeno carcinoembriônico) apesar de inespecífico tem seus valores aumentados no carcinoma do colo, auxiliando no diagnóstico e controle de evolução pré e pós-operatório, principalmente bem como recidivas tumorais<sup>19,20</sup>; a fosfatase alcalina é de grande importância e geralmente está alterada nos pacientes com metástase hepática.

Existem os chamados pacientes de alto risco, são aqueles com história familiar de câncer ou outras condições predisponentes como já foi comentado, nestes pacientes é interessante a realização de investigação pelo menos a cada cinco anos<sup>1,7,21</sup>.

O tratamento para carcinoma do colo e junção reto-sigmóide é cirúrgico, podendo se associar radioterapia e quimioterapia como complemento ao tratamento cirúrgico, de acordo com Francini et al<sup>22</sup> a quimioterapia adjuvante com ácido folínico e 5-Fluouracil é efetiva no tratamento do carcinoma de colo. O preparo intestinal pré-operatório é necessário devido a grande quantidade de bactérias da luz intestinal<sup>7,23,24</sup>. O preparo mecânico é o de escolha, deve ser iniciado de 3 a 5 dias antes da intervenção, consiste numa dieta sem resíduos, e lavagens intestinais 2 a 3 vezes por dia, estas lavagens são anterógradas sendo feitas com solução salina, manitol ou Golytely<sup>3</sup>. Juntamente com o preparo mecânico associa-se o antibiótico profilático. O objetivo do tratamento é remover a lesão juntamente com tecido adjacente e linfáticos para onde drena o tumor. A conduta cirúrgica dependerá do estadiamento tumoral, podendo ir de uma ressecção "econômica" para uma lesão inicial onde não há invasão de órgãos próximos até uma ressecção em bloco para estágios avançados<sup>25</sup>. A cirurgia paliativa também é empregada nos tumores irresssecáveis onde se opta por derivações para proporcionar melhor qualidade de vida ao doente. O tratamento adjuvante é controverso, em 1996 Sugarbaker et al<sup>26</sup> e Casillas et al<sup>27</sup>

no colo 227

demonstraram que a quimioterapia com 5-Fluouracil e outros compostos, bem como radioterapia aumentam a sobrevida dos doentes.

Nos casos onde há obstrução agudamente ou perfuração se realiza cirurgia de emergência.

*reserva.*

Atualmente está se usando também a cirurgia vídeo-laparoscópica, que é considerada um avanço importante e segundo Zucker et al<sup>28</sup> é um método seguro e pode trazer inúmeros benefícios a pacientes com neoplasias do colo.

O acompanhamento pós operatório pode ser feito com CEA e FAL, bem como colonoscopia<sup>29</sup>, enema opaco e TC. + US

*CA 19-9*

A sobrevida em 5 anos é dependente do estadiamento<sup>30</sup>, utilizando a Classificação de Dukes é visto que a taxa de sobrevida decresce do estadio "A" até o "D", variando de 90 a 2%.

## **2 - OBJETIVO**

O presente trabalho objetiva a análise dos vários aspectos que envolvem as neoplasias malignas do colo e junção reto-sigmóide, num contexto epidemiológico de forma que possamos avaliar a conduta terapêutica e seus resultados nos serviços analisados.

10

# *Casística*

## **3 - MATERIAIS E MÉTODOS**

Foi feita uma avaliação retrospectiva de 143 pacientes portadores de neoplasia maligna do colo e junção reto-sigmóide, no período de Janeiro de 1989 a Dezembro de 1997, nos Serviços de Colo-proctologia do Hospital de Caridade e do Hospital Universitário(UFSC) situados na cidade de Florianópolis.

Foram incluídos no presente estudo os pacientes submetidos a cirurgia e que realizaram biópsia, tendo obrigatoriamente documentado o exame Anátomo-Patológico.

Para análise dos casos houve a elaboração de um protocolo de forma que cada prontuário fosse analisado de forma laboriosa, deste protocolo constam os seguintes itens:

- Idade;
- Sexo;
- Alteração do hábito intestinal;
- Queda do estado geral;
- Constipação;
- Anorexia;
- Dor abdominal;
- Enterorragia;
- Calibre das fezes diminuído;
- Hematoquezia;
- Distensão abdominal;
- Dispepsia;
- Oclusão intestinal;

- Semi-oclusão;
- Anemia;
- Perfuração;
- Tempo de Sintomatologia considerando o sintoma mais precoce;
- Massa palpável;
- Tenesmo;
- Antecedentes de câncer na família(qualquer sítio);
- Antecedentes de câncer(qualquer sítio);
- Vômitos;
- Emagrecimento;
- Mucorréia;
- Diarréia;
- Exames: Clíster opaco, Rx, Ultrassonografia, TC, Colonoscopia, Retossigmoidoscopia, CEA e FAL;
- Localização: Ceco, Colo ascendente, Colo descendente, Transverso, Sigmóide, Junção reto-sigmóide, Ângulo esplênico, Ângulo hepático;
- Cirurgia realizada: Hartmann, Retossigmoidectomia, Colectomia parcial, Colectomia total, Hemicolectomia direita, Hemicolectomia esquerda, Sigmoidectomia, colostomia;
- Complicações(pós-operatórias);
- Metástases e localização;
- Óbito;
- Recidiva(pós-operatória tardia);

- Quimioterapia;
- Anátomo-patológico: grau de diferenciação, tipo histológico, acometimento ganglionar;
- Classificação de Dukes e Aster & Collier(estadiamento cirúrgico e histológico comentado anteriormente);
- Sobrevida(conforme classificação de Dukes).

Para o estudo do protocolo e montagem de resultados utilizamos uma média aritmética e análise percentual com base no número de pacientes envolvidos em cada item.

Na análise da sobrevida optamos por considerar a sobrevida em três, cinco e sete anos, pois desta forma ficaria mais fácil a correlação dos resultados obtidos com a literatura, neste item avaliamos 116 pacientes

## 4 - RESULTADOS

Dos 143 pacientes avaliados, 44,8% eram do sexo masculino e 55,2% do sexo feminino. Quanto a idade houve uma variação de 27 a 90 anos, a faixa etária de maior incidência foi de 40 a 79 anos, o grupo etário mais acometido foi de 60 a 69 anos com 32,8%, seguido do grupo de 70 a 79 anos com 23,1%(tabela I).

Tabela I: demonstra a porcentagem e número de pacientes acometidos por faixa etária:

<b>FAIXA ETÁRIA(ANOS)</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>
20 - 29	0,7	01
30 - 39	1,4	02
40 - 49	9,1	13
50 - 59	18,9	27
60 - 69	32,8	47
70 - 79	23,1	33
80 - 89	9,1	13
> 90	4,9	07
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>143</b>

Fonte: HU/HC - Fpolis – 89/97 .

A sintomatologia mais frequente foi a dor abdominal(80,6%), seguido do emagrecimento(72,2%), queda do estado geral(68,4%), anemia(67%), anorexia(63,2%) e alteração de hábito intestinal(60%). No item alteração de hábito intestinal entenda-se diarreia, constipação ou outras alterações presentes

num mesmo paciente, nos itens diarreia e constipação considere-se cada um como sintoma isolado. A anemia presente em 67% dos pacientes foi constatada através da avaliação do hematócrito considerando-se valores normais mínimos: 36% para mulheres e 40% para homens. Em antecedentes de câncer pessoal ou familiar foi considerado qualquer tipo de tumor em qualquer sítio. Todos os sinais e sintomas analisados foram pré-operatórios.

Tabela II: mostra a sintomatologia e percentual de pacientes acometidos.

SINTOMATOLOGIA	%
Dor abdominal	80,6
Emagrecimento	72,2
Queda do estado geral	68,4
Anemia	67,0
Anorexia	63,2
Alteração de hábito intestinal	60,0
Constipação	45,2
Hematoquezia	36,1
Diarreia	35,5
Enterorragia	31,5
Massa palpável	31,0
Distensão abdominal	27,7
Tenesmo	25,8
Semi-oclusão	22,0
Calibre das fezes diminuído	20,6
Antecedentes de câncer	16,1
Vômitos	12,9
Oclusão intestinal	11,6
Mucorréia	10,3
Perfuração	5,8
Dispepsia	5,1
Antecedentes de câncer na família	3,8

Fonte HU/HC – Fpolis – 89-97.

*alteração do hábito intestinal é o mais importante.*

*Antecedentes de câncer ?*



Para analisar o tempo de sintomatologia foi considerado o sintoma mais precoce, que nem sempre era a queixa principal, até o diagnóstico da doença.

Tabela III: demonstra a porcentagem e número de pacientes conforme o intervalo em meses de sintomatologia:

<b>INTEVALO(MESES)</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>
0 - 1	14,0	20
2 - 6	51,0	73
7 - 12	20,3	29
13 - 24	7,0	10
> 25	7,7	11
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>143</b>

Fonte: HU/HC – Fpolis – 89 – 97.

Quanto aos exames complementares foram analisados clíster opaco com positividade em 124(86,7%) pacientes, ultrassonografia positiva em 101(70,6%) pacientes. O Rx e a colonoscopia foram válidos em 68(47,5%) pacientes, a retossigmoidoscopia em 63(44%) pacientes e a tomografia foi realizada em 9 pacientes. Na pesquisa do antígeno carcinoembriônico(CEA) considerando valores normais abaixo de 2,5ng/ml, cerca de 32,1% dos pacientes avaliados estavam com valores normais, na fosfatase alcalina(FAL) considerando como valores normais de 60-170U/L, 56% dos pacientes nos quais foi solicitado medição da FAL estavam dentro da normalidade.

De acordo com a localização os tumores foram classificados conforme a tabela IV.

Tabela IV: mostra a distribuição dos tumores de acordo com a localização no intestino:

<b>LOCALIZAÇÃO</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>
Sigmóide	23,8	34
Junção reto-sigmóide	19,6	28
Ceco	14,0	20
Colo descendente	12,6	18
Colo ascendente	9,8	14
Transverso	7,7	11
Ângulo esplênico	7,7	11
Ângulo hepático	4,9	7
Total	100	143

Fonte: HU/HC – Fpolis – 89 – 97.

O tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma presente em 140 pacientes, destes 62,2% eram moderadamente diferenciados. Ocorreram também 2 tumores carcinóides e apenas um linfoma e um com células em anel de sinete. O aparecimento do adenoma(associado) ficou em torno dos 4,9%.A tabela V mostra bem esta divisão.

Tabela V: mostra o tipo histológico encontrado no exame anátomo-patológico e percentual de ocorrência:

<b>TIPO HISTOLÓGICO</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>
Adenocarcinoma mod. diferenciado	62,2	89
Adenocarcinoma bem diferenciado	19,6	28
Adenocarcinoma indiferenciado	14,7	21
Carcinóide	1,4	2
Linfoma	0,7	1
Total	100	143

Fonte HU/HC – Fpolis – 89 – 97.

Considerando-se a classificação de Dukes o estadiamento mais encontrado foi o “B”(41,2%), o “A” totalizou 4,2% sendo o menos frequente, na tabela VI tem-se os dados de forma mais detalhada. Quanto a classificação de Aster e Coller foi possível obter dados em apenas 71 pacientes, a maior ocorrência se deu no estadio “B2” com 57,8%, no estadio “A” nenhum paciente foi classificado, na tabela VII estão os dados integrais.

Tabela VI: percentual de pacientes pela classificação de Dukes, num total de 143 pacientes:

<b>Classificação de Dukes</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>
A	4,2	6
B	41,2	59
C1	13,3	19
C2	11,2	16
D	30,0	43
Total	100	143

Fonte: HU/HC – Fpolis – 89 – 97.

Tabela VII: mostra a porcentagem de pacientes pela classificação de Aster e Coller, realizada em 71 pacientes:

<b>CLASSIF. DE ASTER E COLLER</b>	<b>%</b>
A	0
B1	21,1
B2	57,8
C1	8,5
C2	12,7

Fonte: HU/HC – Fpolis – 89 – 97.

De acordo com a tabela VIII o local mais freqüente de metástases foram os gânglios(59,4%), seguido pelo fígado com 17% de ocorrência. Dos pacientes analisados 7 apresentaram carcinomatose peritoneal, apenas 1 apresentou metástase para ovário, para pâncreas também houve somente uma ocorrência. Dos 143 pacientes estudados notou-se metástases em 78.

Tabela VIII: sítios metastáticos, e sua porcentagem de ocorrência:

<b>SÍTIO METASTÁTICO</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>
Gânglios	59,4	63
Fígado	17,0	18
Carcinomatose peritoneal	5,6	6
Pulmão	4,7	5
Intestino delgado	3,8	4
Óssea	2,8	3
Bexiga	2,8	3
Rim	1,9	2
Ovários	0,9	1
Pâncreas	0,9	1
Total	<del>100</del>	106

Fonte: HU/HC – Fpolis - 89 – 97.

Nota-se na tabela VIII que o número de metástases verificado foi de 106, não sendo condizente com o descrito anteriormente(78), isto se deve ao fato de que alguns pacientes classificados no estadio “D” além de apresentarem metástases para outros órgãos também possuíam comprometimento de linfonodos.

X

Quanto a sobrevida, 116 pacientes foram avaliados de acordo com a classificação de Dukes, considerando quantos pacientes em cada estadio tiveram sobrevida de três, cinco e sete anos como demonstrado na tabela IX. Desta forma para analisarmos sobrevida de três anos utilizamos os pacientes cuja intervenção cirúrgica ocorreu até o ano de 1994, de cinco anos até 1992 e de sete anos até 1990.

?  
?  
?  
?  
?  
de 90-93 3a.  
90 91 92 93 94 95 96 97 7a.  
mesmos pacientes

Tabela IX: porcentagem de pacientes de acordo com a classificação de Dukes e a sobrevida em 3, 5 e 7 anos:

CLASSIFICAÇÃO DE DUKES	SOBREVIDA DE 3 ANOS(%)	SOBREVIDA DE 5 ANOS(%)	SOBREVIDA DE 7 ANOS(%)
A	83,3	100,0	100,0
B	81,4	64,8	64,3
C1	56,5	60,0	33,3
C2	26,3	17,0	-
D	5,7	2,8	-

Fonte: HU/HC – Fpolis – 89 – 97.

Na tabela X podemos ver uma análise mais apurada do estudo ganglionar, tomando por base os laudos anátomo-patológicos dos Hospitais de Caridade e Universitário, dos 143 exames levantados com um total de 1244 gânglios estudados com uma média de 8,7 gânglios/exame, dos exames analisados em 63 haviam gânglios comprometidos.

Tabela X: demonstra a porcentagem de exames com um número determinado de gânglios acometidos:

<b>Nº DE GÂNGLIOS ACOMETIDOS</b>	<b>Nº DE EXAMES COM GÂNGLIOS ACOMETIDOS</b>	<b>% DE EXAMES COM GÂNGLIOS ACOMETIDOS</b>
1 – 3	26	41,2
4 – 7	12	19,0
8 – 12	14	22,2
> 12	11	17,4
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Fonte: HU/HC – Fpolis – 89 – 97.

As intervenções cirúrgicas estão relacionadas na tabela XI, foi realizada colostomia protetora ou desobstrutiva em 23,9% dos pacientes, 27 pacientes foram submetidos a cirurgia de urgência.

Tabela XI: mostra o número e o tipo de cirurgia realizada:

<b>CIRURGIA REALIZADA</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>
Retossigmoidectomia	28,6	41
Hemicolectomia direita	24,5	35
Colectomia parcial	16,0	23
Hemicolectomia esquerda	14,0	20
Sigmoidectomia	11,2	16
Hartmann	2,8	4
Colectomia total	2,8	4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>143</b>

Fonte HU/HC – Fpolis – 89 – 97.

Dos pacientes analisados foram descritas complicações em 39, o que representa 27,2% do total de pacientes. Como demonstrado na tabela XII a complicação de maior ocorrência foram as fístulas(18%), seguida de sepses com 15,4%, insuficiência renal, obstrução de vias urinárias e peritonite somaram 23,1%, infecção urinária, hidronefrose e trombose venosa profunda somaram 15,3%, as outras complicações tiveram incidência semelhante.



Tabela XII: mostra o percentual de complicações de acordo com os pacientes acometidos:

COMPLICAÇÕES	NÚMERO	%
Fístula	7	18,0
Sepses	6	15,4
Insuficiência renal aguda	3	7,7
Obstrução de vias urinárias	3	7,7
Peritonite	3	7,7
Infecção Urinária	2	5,1
Hidronefrose	2	5,1
Trombose venosa profunda	2	5,1
Esofagite	1	2,5
Gastrite	1	2,5
Duodenite	1	2,5
Hérnia	1	2,5
Invaginação	1	2,5
Pneumotórax	1	2,5
Pneumonia	1	2,5
Trombo embolismo pulmonar	1	2,5
Derrame pleural	1	2,5
Infarto agudo do miocárdio	1	2,5
Ascite	1	2,5
Total	39	100

4,89  
 5% dos pacientes  
 e nos das com-  
 plicações.  
 4,19

0,69

Fonte HU/HC - Fpolis - 89 - 97.

De 143 pacientes 39 comf.  $x = \frac{3900}{143} = 27,2\%$



Cerca de 13,3% dos pacientes foi à óbito no pós-operatório, ou seja durante o período de internação após a cirurgia; houve recidiva tumoral tardia em 9 pacientes.

Quanto ao tratamento adjuvante, 8 pacientes foram submetidos a quimioterapia. associada ??

## 5 - DISCUSSÃO

Em nosso estudo encontramos uma pequena diferença na ocorrência do câncer de colo e junção reto-sigmóide entre homens e mulheres, nos homens a incidência ficou em torno de 44,8% e nas mulheres 55,2%, o que está de acordo com a literatura pesquisada<sup>1,7,31</sup>. Quanto a faixa etária encontramos uma maior incidência entre 40 e 79 anos(84,0%), com pico dos 60 aos 69 anos(32,8%), tais dados são condizentes com os achados de outros autores<sup>1,7,31,32,33</sup>. Em pacientes com menos de 40 anos a incidência foi de 2,1%, abaixo da literatura mundial que indica até 8% de ocorrência<sup>1,34</sup>.

Os sinais e sintomas mais freqüentes foram dor abdominal(80,6%), emagrecimento(72,2%), queda do estado geral(68,4%), anemia(67%), anorexia(63,2%), alteração de hábito intestinal(60%). Massa palpável foi encontrada em 31% dos pacientes, é um achado considerado menos frequente<sup>7,33</sup>. A anemia encontrada em 67 % dos pacientes, é considerada por Kepczyk et al<sup>17</sup> um fator importante e determinante na realização de investigação colônica em pacientes com anemia inexplicável. A obstrução intestinal no carcinoma de colo tem uma ocorrência na literatura que varia de 15 a 25%<sup>7,16</sup>, em nosso estudo se considerarmos a oclusão e sub-occlusão tivemos um índice de 33,6%, que mesmo elevado é menor que o encontrado por Luiz et al<sup>31</sup> num estudo semelhante realizado em 1989. A massa palpável foi achada em 31% dos pacientes, 25,8% dos pacientes queixavam-se de tenesmo que é mais relacionado a tumores distais(nosso estudo inclui sigmóide e junção reto-sigmóide). Em nosso trabalho quando avaliamos alteração de hábito intestinal nos referimos a doentes com exacerbação ou diminuição no número de evacuações, que apresentavam diarreia alternada com constipação e outras

alterações, tais doentes totalizaram 60%, no caso de diarreia e constipação consideradas como queixa principal somaram 35,5 e 45,2% respectivamente, Pescatori et al<sup>33</sup> considera diarreia em 18% de seus pacientes e constipação em 36%, apesar de nossa estatística mais elevada a constipação predomina sobre a diarreia o que condiz com a literatura. Houveram pacientes com queixa principal de diarreia ou constipação, mas que referiam em algum momento outras alterações do hábito intestinal(exemplo: diminuição ou aumento do número de evacuações esporadicamente).

De acordo com Goligher<sup>7</sup> hematoquezia e enterorragia são sintomas que se tornam mais freqüentes quanto mais perto do reto for a lesão, e como praticamente metade dos nossos pacientes apresentavam doença em sigmóide e junção reto-sigmóide tivemos uma ocorrência de aproximadamente 67,6% dos referidos itens. Uma queixa que talvez pudesse ter maior freqüência era diminuição no calibre das fezes que apareceu em somente ¼ dos pacientes. *+ com us reto*

Em antecedentes de câncer na família, considerávamos qualquer tipo de neoplasia de qualquer sítio, nossa casuística foi de 3,8% contrária a da literatura mundial que fala em torno de 20%<sup>1,7,21</sup>.

Quanto a duração dos sintomas, a grande maioria dos pacientes referiu o tempo de sintomatologia entre 2 a 6 meses(51,0%), somente 14% possuíam sintomatologia a menos de 30 dias e 14% referiam sintomas a mais de 1 ano, o que está concomitante com diversos autores<sup>7,33</sup>.

Quanto aos exames complementares 124(86,7%) pacientes realizaram clíster opaco com positividade, a ultrassonografia mostrou algum achado em 101(70,6%) pacientes. A colonoscopia e o RX foram positivos em 68(47,5%) pacientes, a retossigmoidoscopia em 63(44%) pacientes e a tomografia computadorizada em 9 pacientes. O antígeno carcinoembriônico foi considerado elevado em 67,9% dos pacientes e a fosfatase alcalina em 44%. A colonoscopia é considerada por vários pesquisadores como sendo um exame de suma

importância tanto para confirmação de diagnóstico como para “screening” em pacientes assintomáticos com história familiar ou suspeita de lesão em colo<sup>1,18,21,29</sup>. Quanto a utilização do CEA como um fator de diagnóstico, prognóstico ou para eleição de pacientes à terapia adjuvante há controvérsias mas o consenso considera o CEA como bom indicativo na avaliação da evolução do adenocarcinoma de colo<sup>1,7,19</sup>.

A distribuição das lesões no intestino seguiu o descrito por Goligher<sup>7</sup>, Pescatori et al<sup>33</sup> e Lichtman et al<sup>32</sup>: sigmóide e junção reto-sigmóide(43,4%), ceco(14%), colo descendente(12,6%), colo ascendente(9,8%), transverso, ângulo esplênico e hepático totalizaram 20,3%.

Histologicamente o adenocarcinoma moderadamente diferenciado foi maioria com 62,2%, a ocorrência de adenocarcinoma associado com adenoma apareceu em 4,9% dos pacientes, foram encontrados 2 tumores carcinóides, 1 linfoma e um 1 com células em anel de sinete, tais dados são condizentes com a literatura<sup>1,7,32</sup>, que diz serem raros os tumores carcinóides, linfomas ou com células em anel de sinete sendo que para estes o prognóstico é mais sombrio.

Na classificação de Dukes a maior parte dos pacientes situou-se no estadio “B”(41,2%), no estadio “A” apenas 4,2% e no “D” 30,0%, este achado não foi correlacionado completamente com a literatura, no trabalho realizado por Luiz et al<sup>31</sup> a incidência do estadio “A” foi semelhante, o mesmo não ocorreu com o restante, em Lichtman et al<sup>32</sup> houve coincidência nos estadios “A” e “B”.

Na classificação de Aster e Collier realizada em 71 pacientes o estágio de maior ocorrência foi “B2”(57,8%).

Quanto a metástases o local mais frequente foram os gânglios(59,4%), seguido do fígado(17,0%), carcinomatose peritoneal e metástase pulmonar somaram 10,3%, houveram 1 caso de metástase para ovário e 1 para pâncreas. Na literatura pesquisada a incidência de metástases para o linfonodos variou de

38 a 50%, a hepática ficou em torno de 33%, já para outros sítios a disseminação é menos frequente, conciliando com nossos dados.

Avaliando a sobrevida em 5 anos de acordo com a classificação de Dukes, dos pacientes em estágio “A” 100% estavam vivos em 5 anos, no estágio “B” 64,8%, no “C1” 60%, no “C2” 17% e no “D” apenas 2,8% dos pacientes sobreviveram. Vários autores realizaram estudos correlacionando sobrevida conforme a classificação de Dukes, segundo a grande maioria a estimativa de sobrevida encontrada em nosso trabalho é aceitável<sup>1,7,33,35,36</sup>, é interessante frisar que a sobrevida está diretamente relacionada a precocidade do diagnóstico, estadiamento da doença, tipo histológico, tratamento realizado além de outros fatores.

Realizamos também um estudo ganlionar: dos 143 exames anátomo-patológicos pesquisados em 63 haviam linfonodos comprometidos, destes em 41,2% estavam comprometidos de 1 a 3 gânglios. Hernanz et al<sup>37</sup> realizou um estudo avaliando linfonodos e concluiu que é necessário um número mínimo de gânglios, segundo ele “6” para que possa se fazer um bom estadiamento da neoplasia colorretal, na nossa casuística cerca de 81% dos exames anátomo-patológicos possuíam mais de 6 linfonodos para estudo, neste contexto podemos verificar que a ressecção cirúrgica se mostra de forma preocupada no isolamento de linfonodos para um posterior estadiamento.

A cirurgia mais realizada foi a retossigmoidectomia(29%) provavelmente porque a maior incidência de tumor tenha sido em sigmóide e junção reto-sigmóide. A hemicolectomia direita aparece em segundo, denotando também uma grande ocorrência em colo ascendente. Cirurgia de Hartmann e colectomia total somaram 4,6% das intervenções. Cerca de 27 pacientes foram submetidos a cirurgia de urgência por perfuração ou oclusão intestinal<sup>33</sup>. Considerando como objetivo no tratamento do carcinoma de colo a remoção da lesão primária e os tecidos adjacentes bem como os linfonodos para os quais drenam o tumor

dependerá disso a escolha da cirurgia que poderá ser mais “econômica” ou radical como nas ressecções em bloco.

Referindo-se a complicações a fistula apareceu em <sup>48%</sup>18% dos pacientes, a sepses em 15,4%, a IRA, obstrução de vias urinárias e peritonite ocorreram em 23,1% dos pacientes. Segundo diversos autores as complicações pós-operatórias do carcinoma de colo não são raras, desta forma nossos achados não são discrepantes.

Cerca de 13,3% dos pacientes foram a óbito no pós-operatório devido a algumas das complicações descritas acima, recidiva tumoral tardia ocorreu em 9 pacientes.

Quanto ao tratamento adjuvante 8 pacientes foram submetidos a quimioterapia; o tratamento não cirúrgico do câncer de colo é muito controverso, bem como a terapia adjuvante como complemento a cirurgia, é sugestivo um trabalho que analise a sobrevida dos pacientes submetidos a terapias complementares.

## 6 - CONCLUSÃO

Após a análise de 143 pacientes dos Hospitais de Caridade e Universitário, com base nos resultados e discussão podemos concluir que não houve diferença significativa na distribuição de pacientes quanto ao sexo, a década da vida mais acometida foi de 60 a 69 anos. De forma geral a sintomatologia mais encontrada foi: dor abdominal, emagrecimento, queda do estado geral, anemia, anorexia, alteração de hábito intestinal. A pesquisa de CEA foi considerada válida em 67,9% dos pacientes e a FAL em 44% dos pacientes.

Dentre as complicações, que ocorreram em 39 pacientes, as fistulas foram as mais observadas, seguidas pela sepses.

Quanto a sobrevida 100% dos pacientes classificados no estadio "A" sobreviveram pelo menos 5 anos, já os classificados em "D" somente 2,8%.

Desta forma podemos afirmar que um diagnóstico precoce tende a aumentar a sobrevida do doente.



## 7 - BIBLIOGRAFIA

01. Schwartz SI. Princípios de Cirurgia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan; 1991.
02. Wilmink ABM. Overview of the epidemiology of colorectal cancer. *Dis Col & Rect* 1997; 40:483-93.
03. Collazo CE, Ruz P. Preoperative preparation and nutrition in colorectal cancer. *Nutr Hosp* 1994; 9:155-62.
04. Nordgaard I, Rumessen JJ, Nielsen AS, Gudmand HE. Absorption of wheat starch in patients resected for left-sided colonic cancer. *Scand J Gastroenterol* 1992; 8:632-34 1992.
05. Vuolo G, DiCosmo L, Brandi C, Maglio C, Masellis D, Verre L, et al. Diverticulosis and neoplasms of the colon. *Ann Ital Chir* 1995; 66:63-7.
06. Weisburguer JH, Reddy BS, Rose DP, Cohen LA, Kendall ME, Wynder EL. Protective mechanisms of dietary fibers in nutritional carcinogenesis. *Basic Life Sci* 1993; 61:45-63.
07. Goligher, J. Cirurgia do Ânus, Colo e Reto. 5ª ed. São Paulo: Ed. Manole, 1990, V.1.
08. Rubio CA, Rodensjö M, Tech M. Mutation of p53 tumor supressor gene in flat eoplastic lesions of the colorectal mucosa. *Dis Col & Rect* 1996; 39:143-47.
09. Heimann TM, Greenstein AJ, Bolnick K, Yoelson S, Aufses AH. Colorectal cancer in familial polyposis coli and ulcerative colitis. *Dis Col & Rect* 1985; 28:658-61.
10. Lipkin M, Newmark H. Calcium and the prevention of colon cancer. *J Cell Biochem* 1995; 22:65-73.

11. Henningan TW, Sian M, Matthews J, Mersh TGA. Protective role of lactulose in intestinal carcinogenesis. *Surg Oncol* 1995; 4:31-4.
12. Bannura G, Vera E, Schultz M, Aguayo P, Espinosa M. Colon and rectum cancer complicated with obstruction. *Rev Med Chil* 1992; 120(10):1110-7.
13. Robbins SL. *Patologia Estrutural e Funcional*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan; 1991.
14. Lanza G, Borghi L, Ballotta MR, Ferretti S, Morsiani E, Buccoliero F, et al. Evaluation of prognostic parameters in colorectal carcinoma. *Pathologica* 1992; 84:131-53.
15. Caracino AM, Antonucci S, Tarone F. Synchronous arcinomas of the large intestine. *Ann Ital Chir* 1994; 2:229-32.
16. Umpleby HC, Williamson RCN. Survival in acute obstructing colorectal carcinoma. *Dis Col & Rect* 1984; 27:299-304.
17. Kepczyk T, kadakia SC. Prospective evaluation of gastrointestinal tract in patients with iron deficiency anemia. *Dig Dis Sci* 1995; 40:1283-89.
18. Shida H, Ban K, Matsumoto M, Masuda K, Imanari T, Machida T, et al. Asymptomatic colorectal cancer detected by screening. *Dis Col & Rect* 1996; 39:1130-5.
19. Slentz K, Senagore A, Hibbert J, Mazier WP, Talbott TM. Can preoperative and postoperative CEA predict survival after colon cancer resection? *Am Surg* 1994; 60:528-32.
20. Lucha PA, Rosen L, Olenwine JA, Reed III JF, Riether RD, Stasik JJ, et al. Value of carcinoembryonic antigen monitoring in curative surgery for recurrent colorectal carcinoma. *Dis Col & Rect* 1997; 40:145-49.
21. McConnell JC, Nizin JS, Slade MS. Colonoscopy in patients with a primary family history of colon cancer. *Dis Col & Rect* 1990; 33:105-7.

22. Francini G, Petrioli R, Lorenzini L, Mancini S, Armenio S, Tanzini G, et al. Folinic acid and 5-fluouracil as adjuvant chemotherapy in colon cancer. *Gastroenterology* 1994; 4:899-906.
23. Goffi FS. *Técnica Cirúrgica*. 3ª ed. São Paulo: Ed. Atheneu; 1990.
24. Goldenberg S, Bevilacqua RG. *Bases da Cirurgia*. 2ª ed. São Paulo: Ed da USP; 1981.
25. Rowe VL, Frost DB, Huang S. Extended resection for locally advanced colorectal carcinoma. *Ann Surg Oncol* 1997; 4:131-36.
26. Sugarbaker PH, Schellinx ME, Chang D, Koslowe P, Von Meyerfeldt M. Peritoneal carcinomatosis from adenocarcinoma of the colon. *World J Surg* 1996; 20:585-91.
27. Casillas S, Pelley RJ, Milson JW. Adjuvant therapy for Colorectal Cancer. *Dis Col & Rect* 1997; 40:977-92.
28. Zucker KA, Pitcher DE, Martin DT, Ford RS. Laparoscopic assisted colon resection. *Surg Endosc* 1994; 8:12-7.
29. Chen F, Stuart M. Colonoscopic follow-up of colorectal carcinoma. *Dis Col & Rect* 1994; 37:568-72.
30. Bosman FT. Prognostic value of pathological characteristics of colorectal cancer. *Eur J Cancer* 1995; 31:1216-21.
31. Luiz, MC, Flores SCC. Neoplasia maligna do cólon – análise de 87 casos [monografia]. Florianópolis: UFSC, 1989. 38p.
32. Lichtman MS, Mandel F, Hoexter B, Goldman IS, Budman DR, Labow S, et al. Prospective analysis of colorectal carcinoma. *Dis Col & Rect* 1994; 37:1286-90.
33. Pescatori M, Maria G, Beltrani B, Mattana C. Site, emergency, and duration of symptoms in the prognosis of colorectal cancer. *Dis Col & Rect* 1982; 25:33-40.

34. Palmer ML, Herrera L, Petrelli NJ. Colorectal adenocarcinoma in patients less than 40 years of age. *Dis Col & Rect* 1991; 34:343-45.
35. Thompson JS, Pearlman N. Cancer of the colon and rectum in high-risk patients. *Dis Col & Rect* 1982; 25:461-3.
36. Turunem MJ, Peltokallio P. Surgical results in 657 patients with colorectal cancer. *Dis Col & Rect* 1986; 26:606-12.
37. Hernanz F, Revuelta S, Redondo C, Madrazo C, Castillo J, Gomez M. Colorectal adenocarcinoma: quality of the assessment of lymph node metastases. *Dis Col & Rect* 1994; 37:373-7.

## 8 - RESUMO

Neoplasia maligna do intestino grosso: análise de 143 casos de câncer de colo e junção reto-sigmóide. **Luna, Ricardo.** Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

Foi feita uma análise retrospectiva em 143 pacientes com neoplasia maligna do colo ou junção reto-sigmóide atendidos nos serviços de colo-proctologia do Hospital de Caridade e Hospital Universitário na cidade de Florianópolis no período compreendido entre janeiro de 1989 a dezembro de 1997, que foram submetidos a cirurgia e possuíam exame anátomo-patológico documentado. Nosso objetivo foi a análise epidemiológica da neoplasia maligna do colo e junção reto-sigmóide com o intuito de avaliar a conduta terapêutica e seus resultados nos serviços analisados. Para tanto foi elaborado um protocolo, o qual constava de idade, sexo, sintomatologia, localização do tumor, diagnóstico, tratamento, classificação, complicações, sobrevida e outros itens. De maneira geral não houve diferença significativa entre sexos, a década da vida mais acometida foi de 60 a 69 anos(32,3%), a sintomatologia mais encontrada foi dor abdominal(80,6%), emagrecimento(72,2%), queda do estado geral(68,4%), anemia(67,0%). A maior parte(43,4%) das lesões estava localizada em sigmóide e junção reto-sigmóide, na classificação de Dukes a maior parte dos pacientes estavam no estadio "B"(44,5%), a maioria das metástases foram para gânglios(56,2%). A cirurgia mais realizada foi a retossigmoidectomia, dentre as complicações as fístulas foram as mais observadas. Na análise da sobrevida em 5 anos os pacientes classificados no estadio "A" sobreviveram em 100% e no estadio "D" somente 2,8%. Concluímos que um diagnóstico precoce favorece o prognóstico e sobrevida do doente.

## 9- ABSTRACT-

It has been done an analysed through a retrospective study of records, 143 cases of colonic cancer and junction rectum-sigmoid diagnosed in the Coloproctology Division of Caridade and University Hospitals in city of the Florianópolis – SC – Brazil, from January 1989 to December 1997, which had undergone operation and possessed examination anatomico-pathology documented.

Tumors were most common between the sixty at sixty-nine ages (32,3%), the most common symptoms were abdominal pain (80,6%), weight loss (72,2%), fall condition general (68,4%), anemia (67%). The majority lesions sited in sigmoid and junction rectum-sigmoid (43,4%). In Dukes classification 44,5% from the patients to be stage "B", lymph nodes were the most common metastase site (56,2%). In the five year survival rate the patients classified in staging "A" (100%), and staging "D" (2,8%).

Conclusion: diagnosis precocious favorable the prediction and survival of the patient.

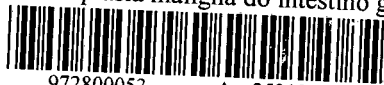
TCC  
UFSC  
CC  
0364

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0364

Autor: Luna, Ricardo

Título: Neoplasia maligna do intestino g



972800053

Ac. 253186

Ex.1 UFSC BSCCSM