

Abdome agudo obstrutivo em decorrência de câncer de cólon: um relato de caso

Daniel El Jaliss Schuh¹; Letícia de Matos Campos¹; Enzo Carraro¹; Laís Moulin Rezende de Castro¹; Jackeline Dias da Cunha Borges¹; João Ormino Beltrão Barros².

1. Discente do curso de Medicina do Centro Universitário UniEVANGÉLICA.

2. Docente curso de Medicina do Centro Universitário UniEVANGÉLICA.

RESUMO: Relato de caso de um paciente jovem portador de câncer de cólon ascendente que evoluiu para um abdome agudo obstrutivo. Os dados foram obtidos por meio da verificação do prontuário, entrevista com o médico responsável e revisão da literatura. Com base na investigação ficou evidenciado que se trata de uma anormalidade por ter se manifestado em um paciente de 25 anos e ter evoluído para forma obstrutiva. Diante desse relato fica claro a importância de um diagnóstico precoce e uma investigação familiar mais minuciosa, pois de fato, existem casos raros que fogem da sintomatologia esperada.

Palavras-chave:

Neoplasias de colo.
Síndromes neoplásicas hereditárias.
Faixa etária.

INTRODUÇÃO

O termo câncer designa mais de 100 doenças malignas que comumente lidam com o aumento descontrolado de células, e devido a essa divisão muito rápida, invadem tecidos adjacentes e/ou órgãos a distância. Estas células propendem a serem agressivas e descontroladas, sendo fundamentais na formação de tumores que podem se alastrar por todo o corpo. Os diferentes tipos de câncer são correspondentes às diferentes células do corpo. Sendo que os sarcomas originam-se em tecidos conjuntivos, cartilagens ou músculos, já os carcinomas em tecidos epiteliais, como a pele e as mucosas (INCA, 2020).

Diante do exposto, é importante salientar que o câncer de cólon e reto também é conhecido como câncer colorretal, visto que compreende os tumores que se originam no intestino grosso (na parte denominada de cólon), no reto (final do intestino) e ânus (INCA, 2019). Segundo dados do Ministério da Saúde em parceria com o INCA na avaliação mundial de 2018, surgiram 18 milhões de novos casos de câncer (CA), estando o de cólon e reto na terceira posição de mais prevalente (1,8 milhões) (BRAY et al., 2018), sendo o mais frequente no cólon sigmóide (51% dos casos), seguido do cólon ascendente (16%), cólon descendente (10%), cólon transverso (9%), ceco (8%) e por fim reto (6%) (GASHT et al., 2021).

Já no Brasil, calcula-se que, para cada ano do triênio 2020-2022, vão surgir aproximadamente 20.540 novos casos de câncer de cólon e reto em homens e 20.470 em mulheres. Esses números correspondem um risco estimado de 19,64 casos novos a cada 100 mil homens e 19,03 para cada 100 mil mulheres. Sendo esse tipo de CA o segundo mais incidente nas Regiões Sudeste (28,62/100 mil) e Centro-Oeste (15,40/100 mil) (INCA, 2020).

Os principais fatores que se relacionam com o maior risco de desenvolver câncer de cólon e reto abrangem idade superior ou igual a 50 anos, tabagismo, ausência de prática de atividades físicas, obesidade, má alimentação sendo essa pautada na baixa ingestão de fibras e alto consumo de carne vermelha, consumo excessivo de álcool e o fator hereditário (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019; INCA, 2019).

Cerca de 20% dos pacientes apresentam uma sensibilidade hereditária à neoplasia, enquanto 80% apresentam um desenvolvimento de câncer colorretal de forma aleatória (ANNIE YU et al., 2003). Diante disso, vale enfatizar que apesar de não ser uma porcentagem tão alta a história familiar acaba sendo um grande fator no diagnóstico de CACR, sendo reputada como uma forte influência para o diagnóstico principalmente no grupo de pacientes jovens (TURKIEWICZ et al., 2001), visto que a neoplasia geralmente se manifesta em pacientes idosos (DRUMOND et al., 2003).

As manifestações mais comuns que estão presentes em aproximadamente 75% dos casos são emagrecimento e alterações do hábito intestinal, subsequente a dor abdominal se evidencia em 62,5%, já a hematoquezia e anemia se expressam em 37,5% dos casos (DRUMOND et al., 2003). A nível clínico os

tumores de cólon e reto podem ser constatados através de dois exames fundamentais: pesquisa de sangue oculto nas fezes e a colonoscopia (INCA, 2021).

O tratamento varia de acordo com o estágio do CA. Mas, de forma geral a cirurgia acaba sendo o tratamento inicial para tumores de cólon que não se difundiram para os outros órgãos, em concomitância pode se eleger também a administração quimioterápica adjuvante (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2020).

Frente a esses dados, o presente estudo tem como objetivo descrever o caso apresentado que relata o acometimento do câncer de cólon ascendente em um jovem de 25 anos que, além de estar fora do padrão da idade, está fora da sintomatologia característica desse tipo de CA.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 25 anos, branco, casado, floricultor, residente em Anápolis-GO. Seus antecedentes familiares indicam: mãe com câncer de intestino, bisavô com câncer de intestino e tio com câncer de intestino. Paciente refere realização de apendicectomia há cerca de 1 ano, perda ponderal de massa por volta de 25 kg, associada a astenia, hematoquezia e dor abdominal. Apresenta abdome flácido com empastamento no hipocôndrio direito, com ausência de linfonodomegalia.

Os sintomas relacionados ao CCR diferem quanto a localização do tumor, dessa maneira, lesões à direita, com frequência, causam anemia e, ocasionalmente, melena; enquanto lesões à esquerda cursam com obstrução, constipação, eliminação de sangue vivo pelo reto e outras alterações no ritmo intestinal. Além disso, a dor no hipocôndrio direito pode estar associada à metástase hepática.

Ainda em relação ao CCR direito, os sintomas mais comuns relacionados à anemia estão associados à fraqueza vaga, dispnéia e angina de peito. Nesse contexto, como a doença é uma causa de anemia, é importante fazer uma investigação de CCR em todos os pacientes que apresentarem uma anemia inexplicada por outros fatores. Ademais, a anemia ferropriva é decorrente do sangramento insidioso apresentado pelo paciente que, por consequência, pode apresentar perversão do apetite.

Na primeira consulta, o paciente aqui relatado apresentou tomografia, que indicou tumor de cólon direito ascendente. Como conduta inicial, foi direcionado com urgência à cirurgia de câncer de cólon volumoso e diluído a segmento 5 e 6, vesícula biliar, com duodeno (2ª posição) e lesão em ângulo hepático, no entantanto, o paciente não apresentou metástase hepática. Paciente foi submetido à cirurgia por abdome agudo obstrutivo (que é secundario ao tumor), colectomia direita, segmentectomia hepática e colecistectomia, já apresentava perda ponderal e enterorragia há 7 meses.

Após a cirurgia por abdome agudo obstrutivo, foi recolhido material do reto superior que foi para biópsia e o diagnóstico foi de adenocarcinoma invasor ulcerado de baixo grau, que é um tumor bastante agressivo derivado das células glandulares epiteliais secretoras e de difícil remoção cirúrgica, logo, após o procedimento foi necessário iniciar quimioterapia para evitar sua reincidência.

A quimioterapia teve início em 01/10/12. Inicialmente, o paciente teve dificuldade em aderir a rotina do tratamento por suas diversas faltas nas sessões de quimioterapia, entretanto, após meses da continuidade da terapia foi solicitada uma nova colonoscopia dia 25/09/13 a qual apresentou ausência de pólipos. Posteriormente a sua recuperação, o paciente continuou realizando exames de rotina a cada 2 meses para monitorar o seu estado e prevenir o ressurgimento da doença.

Dia 16/03/21 o paciente se queixou de dor abdominal acompanhada de diarreia líquida com aspecto amarelada, o que necessitou realização de exame, 1 mês depois (13/04/21) o paciente retornou com o resultado do exame que comprovou ressurgimento de pólipos grande pediculado em cólon sigmóide, de aproximadamente 2-3cm de diâmetro, além de outro pólipo séssil em reto alto.

Estadiamento da doença: infiltração neoplásica de toda a espessura da parede invadindo o tecido adiposo pericólico, comprometendo parede e mucosa duodenal. Há, também, infiltração da cápsula de Glisson com acentuada desmoplasia estromal, porém não há invasão do parênquima hepático; infiltração da vesícula biliar. Infiltrado linfático estromal leve e agregados linfoides peritumorais presentes. Linfonodos regionais com ausência de metástases. Estadiamento patológico: pT4b, pNo – estágio IIC. Dados de estadiamento retirados do prontuário realizado na data 14/08/2012.

DISCUSSÃO

O câncer colorretal (CCR) constitui a neoplasia maligna mais comum do trato gastrointestinal e a terceira causa de câncer associada à morte no mundo. Além disso, configura-se em primeiro lugar como o tipo de câncer mais comum entre os homens e o segundo entre as mulheres (RAMOS et al., 2017). A doença, que atinge o intestino grosso ou o reto, é o segundo tipo de tumor mais comum no Brasil, ficando atrás apenas do câncer de pele. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa brasileira de novos casos é de 20,5 mil em homens e 20,4 mil em mulheres, além de cerca de 20 mil óbitos no ano (RIBEIRO et al., 2022).

Além disso, dada a sua elevada morbidade/mortalidade e bem conhecida história natural, a disponibilidade de métodos de diagnósticos que permitam a detecção precoce desses tumores ou mesmo de suas lesões precursoras e a existência de terapias que aumentem a sobrevivência (quando utilizadas em fases iniciais), satisfaz os critérios de rastreio estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2008).

Dentre os fatores de risco relacionados à doença estão: principalmente a constipação intestinal crônica, a obesidade, consumo excessivo de carne vermelha/embutidos/álcool, além da idade, predisposição hereditária, doença inflamatória intestinal e história pessoal de adenomas. Em contrapartida, alguns fatores podem reduzir as chances de desenvolvimento da doença, tais como fatores ambientais e hábitos alimentares. Sendo assim, uma dieta rica em frutas, verduras, cereais, fibras

e peixes, associado à prática de atividade física, é fundamental para a saúde do paciente (MARLEY et al., 2016; CAYGILL et al., 1995) (INCA, MOTA 2014, 2019).

É importante ressaltar que, apesar de ser um câncer com grande probabilidade de cura caso diagnosticado precocemente, a ausência de sinais e sintomas nos estágios iniciais da doença dificulta o diagnóstico e contribui com o agravamento da doença (CEZILLO et al., 2018). Nesse contexto, um dos fatores que torna a neoplasia tão agressiva é, justamente, o fato do seu desenvolvimento ser silencioso, levando a um diagnóstico tardio e dificultando assim seu tratamento. Nesse sentido, a prevenção e consultas de rotina são de extrema importância para a detecção precoce e um tratamento efetivo (SANTOS JUNIOR, 2008).

Em relação à idade e ainda de acordo com o banco de dados do INCA dos anos de 2004 a 2008, a média de idade no momento do diagnóstico é de 70 anos, sendo 90% dos casos em pacientes com idade superior a 50 anos e 1,1% dos casos em pacientes com idade entre 20 e 34 anos (INCA, 2017); além da idade, outra taxa que chama atenção é que 50% de CCR são localizados no cólon sigmóide, enquanto essa taxa cai para 16% quando se trata do cólon ascendente (RAMOS et al., 2017). Tais taxas evidenciam que casos como o do paciente aqui relatado não são comuns e enquadram-se fora do padrão da doença em questão de idade e localização, haja vista que iniciou atendimento aos 25 anos e teve o acometimento do cólon ascendente.

Em relação à hereditariedade da doença, a Polipose Adenomatosa Familiar (FAP) é uma doença autossômica dominante, causada por um defeito no gene APC que provocará câncer de cólon em 100% dos pacientes até os 40 anos de idade se não forem tratados e os indivíduos afetados poderão desenvolver pólipos adenomatosos (com potencial maligno) no intestino. Portanto, é recomendado que os indivíduos que com FAP realizem colectomia subtotal profilática na adolescência; apenas 0,5% dos casos de CCR estão associados à FAP. Além disso, outras doenças associadas à hereditariedade do CCR são: a Síndrome de Lynch, Síndrome de Gardner, Síndrome de Turcot, Síndrome de Muir-Torre e Síndrome de Peutz-Jeghers (GOVIDAN; RAMASWAY, 2004). No entanto, em relação ao caso do paciente deste relato, não foram realizadas pesquisas genéticas capazes de indicar uma causa hereditária do desenvolvimento de CCR.

De acordo com a evolução da doença, estima-se que cerca de 10 a 19% dos pacientes com CCR admitidos em situação de emergência apresentam a obstrução como piora do quadro, esta piora apresenta-se, inclusive, como um importante fator de risco no prognóstico do caso. Apesar de ser um tipo de câncer com prognóstico relativamente bom, a mortalidade desse tipo de tumor permanece alta no Brasil, em especial, nos pacientes operados em caráter de emergência (RAMOS et al., 2017). Em vista disso, o paciente exposto manifestou piora no quadro pela necessidade de realizar cirurgia por abdome agudo obstrutivo após a cirurgia de câncer de cólon, demonstrando ter sido um paciente de alto risco.

Diante desse contexto, pode-se observar falha nas políticas de rastreio do CCR, haja vista que, com grande frequência, o diagnóstico do caso é feito já em estágio avançado e situação de urgência. Tem-se como intuito deste relato, contribuir tanto do ponto de vista epidemiológico quanto na promoção de protocolos de rastreamento do CCR, chamando atenção para a importância de se fazer uma boa investigação, com determinada frequência, ainda que os sintomas não sejam evidentes no início da doença.

CONCLUSÃO

O câncer de cólon e reto é o terceiro tipo de neoplasia mais frequente no mundo e o fator genético tem grande influência sobre essa prevalência, porém, a presença de um câncer de cólon ascendente em um jovem de 25 anos fora do padrão sintomatológico torna esse caso raro. Por se tratar da terceira principal causa de morte por câncer no mundo, vários estudos conduzidos nessa área já foram capazes de produzir uma grande disponibilidade de métodos de diagnóstico que permitem a detecção precoce de tumores e lesões precursoras, apesar da ausência de sinais e sintomas nos estágios iniciais. Também existem terapias que aumentam a sobrevivência de pacientes que detectam a doença precocemente.

A detecção precoce do tumor no cólon e reto é de grande importância para o tratamento da doença. Portanto, a prevenção e consultas de rotina devem fazer parte da vida saudável dos brasileiros, para a detecção precoce e o tratamento efetivo. Estudos futuros devem focar na interação entre genética e nutrientes, pois fatores genéticos associados a certos alimentos podem aumentar ou diminuir a probabilidade de desenvolvimento de câncer colorretal em indivíduos específicos. Portanto, a descoberta dessa interação entre determinados alimentos e os genótipos específicos aumentaria bastante a compreensão dessa doença e auxiliaria na profilaxia do câncer colorretal.

REFERÊNCIAS

ANNIE YU, H.-J. et al. Hereditary nonpolyposis colorectal cancer: preventive management. *Cancer Treatment Reviews*, v. 29, n. 6, p. 461–470, dez. 2003.

BRASILEIRO FILHO, G. Bogliolo - Patologia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde reforça a conscientização sobre o câncer colorretal. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/saude-reforca-a-conscientizacao-sobre-o-cancer-colorretal>>. Acesso em: 16 maio. 2022.

BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

CAYGILL, C.; HILL M. F. Ácidos graxos n-3 e mortalidade por câncer colorretal e de mama humano. *European Journal of Cancer Prevention*, v. 4, p. 329-332, 1995

- CEZILLO, M. V. B. et al. Abdome agudo obstrutivo secundário a tumor polipoide. *Journal of Coloproctology*, v. 38, p. 83, out. 2018.
- DRUMOND C. A. et al. Câncer colorretal em pacientes com idade inferior a 30 anos. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, v. 23, n. 3, p. 147-154, 2003
- GASHT, S. M. et al. Câncer colorretal: principais complicações e a importância do diagnóstico precoce. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 4, 2021.
- GOVINDAN, Ramaswamy. Washington - Manual de Oncologia. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2004.
- GOVIDAN. Manual de oncologia. Whashington: Disponível em: Minha biblioteca, Grupo GEN, 2004
- HARRIS, R. E. *Global Epidemiology of Cancer*. Jones & Bartlett Learning; Burlington, MA: p. 39–58, 2016
- INCA: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Câncer de intestino - versão para Profissionais de Saúde. [Brasília, DF]: Instituto Nacional do Câncer, 2021. Disponível em: <[https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-intestino/profissional-de-saude#:~:text=Os%20tumores%20de%20c%C3%B3lon%20e,endoscopias%20\(colonoscopia%20ou%20retosigmoidoscopia\)>](https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-intestino/profissional-de-saude#:~:text=Os%20tumores%20de%20c%C3%B3lon%20e,endoscopias%20(colonoscopia%20ou%20retosigmoidoscopia)>)>. Acesso em: 3 maio 2022.
- INCA: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. [Rio de Janeiro, RJ]: Instituto Nacional do Câncer, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>> Acesso em 13 maio 2022.
- INCA: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). O que é câncer? [Brasília, DF]: Instituto Nacional do Câncer, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer#:~:text=C%C3%A2ncer%20%C3%A9%20um%20termo%20que,adjacentes%20ou%20%C3%B3rg%C3%A3os%20a%20dist%C3%A2ncia>>. Acesso em: 9 maio 2022.
- INCA: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). O que é câncer? [Brasília, DF]: Instituto Nacional do Câncer, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer#:~:text=C%C3%A2ncer%20%C3%A9%20um%20termo%20que,adjacentes%20ou%20%C3%B3rg%C3%A3os%20a%20dist%C3%A2ncia>>. Acesso em: 9 maio 2022.
- LOPEZ-MORRA, H. A. et al. Sa1444 Does Insulin Influence the Risk of Colon Adenomas and Colorectal Cancer? a Multicenter Look At a Minority Population. *Gastrointestinal Endoscopy*, v. 79, n. 5, p. AB214, maio 2014.
- MARLEY, A. R.; NAN, H. Epidemiology of colorectal cancer. *International journal of molecular epidemiology and genetics*, v. 7, n. 3, 2016.
- TURKIEWICZ, D. et al. Young patients with colorectal cancer: how do they fare? *ANZ Journal of Surgery*, v. 71, n. 12, p. 707–710, dez. 2001.
- VALADÃO, M.; CASTRO, L. S. Câncer colo-retal hereditário. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 34, n. 3, p. 193–200, jun. 2007

