Encontro Internacional de Produção Científica
X EPCC
24 a 26 de outubro de 2017
ISBN 978-85-459-0773-2

NEOPLASIA COLORRETAL E TERAPIA NEOADJUVANTE – RELATO DE CASO

Henrique Pereira dos Santos[1]; Rafael Utimura Sueta[2]; Thiago Tiessi Suzuki[3]; Adriana Domingues Valadares[4]; Fernando de Souza[5]; Ivan Murad[6]

[1]Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá. henr77@gmail.com
[2]Médico Residente em Cirurgia Geral do Hospital Universitário Regional de Maringá.rafael_utimura@hotmail.com
[3]Médico Cirurgião Geral pelo Hospital Universitário Regional de Maringá. thiago_suzukao@hotmail.com
[4] Médica Oncologista Clínica em Maringá. advaladares@icloud.com
[5]Médico Coloproctologista e Coordenador da Residência de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Regional de Maringá fernandocmfs@uol.com.br
[6] Professor Adjunto da Disciplina de Gastroenterologia e Cirurgia do Aparelho Digestivo da Universidade Estadual de Maringá muradivan@yahoo.com.br

RESUMO

A incidência de câncer colorretal tem aumentado nos últimos anos, sendo que atualmente representa o quarto tipo de câncer mais comum no mundo. Além disso, é a terceira causa de óbito em mulheres e quarta nos homens. No Brasil, é o terceiro câncer mais comum em homens e o segundo em mulheres, excluindo os cânceres de pele não melanoma.

Na escolha do melhor tratamento do câncer colorretal, vários fatores devem ser levados em consideração, como localização do tumor, estadiamento e condição clínica do paciente.

A partir dos anos 90, a quimioterapia e radioterapia pré-operatória, conhecida como terapia neoadjuvante, começou a ser cada vez mais utilizada, baseando-se em relatos que demonstravam redução do tumor e do número de linfonodos acometidos. Dessa maneira, a neoadjuvância vem mostrando sua importância ao facilitar as ressecções cirúrgicas, na preservação esfincteriana e na diminuição da taxa de recidiva local do tumor.

Diante da alta incidência dessa patologia na sociedade e da complexidade do tratamento, este artigo vem relatar um caso de câncer de reto distal que apresentou excelente resposta à quimiorradioterapia neoadjuvante, comprovada pelo relatório anátomo-patológico da cirurgia.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasia; Reto; Tratamento neoadjuvante

1 INTRODUÇÃO

A incidência de câncer colorretal tem aumentado nos últimos anos, sendo que atualmente representa o quarto tipo de câncer mais comum no mundo. Além disso, é a terceira causa de óbito em mulheres e quarta nos homens. No Brasil, é o terceiro câncer mais comum em homens e o segundo em mulheres, excluindo os cânceres de pele não melanoma (COIMBRA et. al, 2015).

A incidência do câncer colorretal aumenta proporcionalmente à idade, principalmente após os 50 anos, sexo masculino e em afrodescendentes. Cerca de 95% dos casos são adenocarcinomas e derivam de adenomas polipóides ou planos (ASSIS, 2011). Síndromes genéticas, história familiar, para câncer colorretal, história pessoal de doença inflamatória intestinal, tabagismo e obesidade constituem fatores de risco para câncer colorretal (DIAS, GOLLNER, TEIXEIRA, 2007).

A população é estratificada em três grupos de risco para câncer colorretal: baixo, moderado e alto risco. O primeiro grupo é formado por indivíduos com mais de 50 anos, sem fatores de risco para câncer colorretal; o segundo grupo representa aqueles com história familiar em um ou mais parentes de primeiro grau, história pessoal de pólipo ou câncer colorretal tratados com intenção curativa; o grupo de alto risco compreende aqueles com história familiar de câncer colorretal hereditário na forma de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) ou câncer colorretal hereditário não polipoide (HNPCC ou Síndrome de Lynch) e aqueles com diagnóstico de doença inflamatória intestinal com pancolite ou colite esquerda (HABR-GAMA, 2005).

ISBN 978-85-459-0773-2

A maioria dos protocolos de rastreio de câncer colorretal preconizam para os grupos de baixo risco, a partir dos 50 anos, a realização anual de pesquisa de sangue oculto nas fezes, retossigmoidoscopia flexível a cada 3 a 5 anos e colonoscopia a cada 10 anos (ASSIS, 2011).

Aqueles com parentes de primeiro grau que tiveram diagnóstico de câncer colorretal, devem iniciar o rastreio aos 40 anos. Pacientes com história familiar de PAF ou HNPCC devem iniciar o rastreio aos 10 anos de idade e na adolescência, respectivamente (MALLMANN et. al, 2003).

Os sintomas do câncer colorretal dependem da sua localização. Aqueles de localização proximal se manifestam principalmente por mudanças no hábito intestinal sem motivo aparente, perda sanguínea crônica que pode manifestar-se por sangue oculto nas fezes ou melena e às vezes massa em fossa ilíaca direita. Já os tumores localizados em regiões mais distais do cólon e no reto, podem manifestar com mudança no hábito intestinal, sangue vivo nas fezes, diminuição do calibre das fezes, tenesmo, obstrução intestinal, e massa na fossa ilíaca esquerda (DINIZ; LACERDA-FILHO, 2004). No entanto, muitas vezes os pacientes são assintomáticos ou os sintomas são pouco perceptíveis até que a doença esteja em fase avançada (HABR-GAMA, 2005).

Os locais mais comuns de metástase do câncer colorretal são as cadeias linfáticas das artérias mesentérica superior e mesentérica inferior. Fígado, pulmões, ossos e sistema nervoso central são os sítios mais comuns de disseminação hematogênica (DINIZ; LACERDA-FILHO, 2004).

A partir dos anos 90, a quimioterapia e radioterapia pré-operatória, conhecida como terapia neoadjuvante, começou a ser cada vez mais utilizada, baseando-se em relatos que demonstravam redução do tumor e do número de linfonodos acometidos. Dessa maneira, a neoadjuvância vem mostrando sua importância ao facilitar as ressecções cirúrgicas, na preservação esfincteriana e na diminuição da taxa de recidiva local do tumor (PINHO, 2007).

2 OBJETIVOS

Diante da alta incidência de câncer colorretal no mundo e a necessidade de avanços na terapia de neoplasias em geral, este trabalho vem expor um caso de adenocarcinoma de reto que apresentou ótima resposta ao tratamento escolhido. Através deste relato, expomos o tipo de tratamento utilizado que, eventualmente, poderá ser útil para compor pesquisas e contribuir para o desenvolvimento nesta área.

3 CASO CLÍNICO

Paciente L.E., masculino, 73 anos, vem para consulta para realizar exames de rotina. Sem queixas no momento e sem alterações expressivas ao exame físico. Diabético e hipertenso. Relata presença de pólipos visualizados em colonoscopia há 14 anos e desde então não realizou novos exames. Foi solicitado então nova colonoscopia, em que foi constatado lesão vegetante, infiltrativa, ulcerada e friável em reto distal a 6cm da margem anal, ocupando metade da circunferência do órgão. Foi realizado biópsia da lesão e o resultado anátomo-patológico confirmou adenocarcinoma tubular pouco diferenciado invasivo ulcerado.

Em seguida, foi solicitado ressonância magnética da pelve, tomografia de abdome total e tomografia de tórax. A ressonância magnética da pelve mostrou extensão extramural da lesão de 7mm e um linfonodo mesorretal suspeito para acometimento neoplásico. No laudo da ressonância, o estadio da lesão foi T3c N1 M0. Na tomografia de abdome total, foi identificado apenas um espessamento parietal do reto, sem outras lesões suspeitas nos demais órgãos. Tomografia de tórax sem particularidades.

ISBN 978-85-459-0773-2

Diante do quadro, foi optado por iniciar quimioterapia e radioterapia neoadjuvante. A quimioterapia foi realizada com Capecitabina 1200mg, 5 dias por semana. Já a radioterapia foi feita com 5000cGy. A terapia durou 5 semanas.

Oito semanas após o término da neoadjuvância, foi realizado colonoscopia de controle logo antes da cirurgia. No exame, foi constatado ótima resposta à terapia neoadjuvante, com boa regressão da lesão. A cirurgia proposta foi a retossigmoidectomia com anastomose coloanal e ileostomia em alça. A operação ocorreu sem intercorrências, sendo ressecado o retossigmóide com boa margem de mesorreto. A peça cirúrgica foi enviada para análise anátomo-patológica que mostrou: ausência de malignidade residual, margens cirúrgicas livres e encontrado apenas 7 linfonodos, também sem sinais de malignidade, concluindo um estadiamento T0N0(0/7)Mx.

O paciente evoluiu bem no pós-operatório e a única complicação foi a formação de um abscesso pré-sacral que foi tratado com drenagem e antibioticoterapia, tendo boa resposta. Quatro meses após a cirurgia, na ressonância magnética de pelve de controle, além da boa regressão da coleção pré-sacral, não evidenciou-se outras lesões ou linfonodomegalias.

Neste mesmo período, foi realizada nova colonoscopia que evidenciou tônus esfincteriano preservado e subestenose da anastomose colo-anal. Durante o exame, realizou-se secções radiais com alça de polipectomia diatérmica sobre a linha cicatricial. Paciente apresentou boa evolução e seguiu o acompanhamento adequadamente.

4 DISCUSSÃO

Neste caso clínico, observamos um câncer de reto distal que apresentou excelente resposta à terapia neoadjuvante e foi optado por retossigmoidectomia com anastomose colo-anal. Em uma revisão de estudos, agregou-se um total de 920 pacientes que apresentaram resposta completa à neoadjuvância por câncer colorretal e foram divididos em 2 grupos: aqueles que foram submetidos à cirurgia e os que não foram operados. Em 39 meses de acompanhamento, a sobrevida livre de doença foi um pouco maior no grupo operado (87,5%) do que no outro (82,7%), apesar da sobrevida global (92,4% e 91,7%, respectivamente) ter sido muito próxima nos dois grupos (SAMMOUR et. al, 2017).

Já está bem descrito na literatura a boa resposta de tumores de reto à terapia neoadjuvante. No entanto, um trabalho incluindo 827 pacientes concluiu que as melhores repostas à quimio e radioterapia pré-operatória ocorreram nos tumores entre 4 e 8cm da margem anal (PATEL et. al, 2016). O volume do tumor retal não apresenta relação direta com o grau de regressão à neoadjuvância (LEE, et. al, 2016).

A quimioterapia neoadjuvante optada neste caso foi a Capecitabina, mas também existe atualmente a opção da infusão do 5-fluorouracil. Uma metanálise comparando 757 casos em que foi utilizado 5-fluorouracil e 719 com uso de Capecitabina apresentou uma eficácia equivalente entre as duas opções (ZOU; WANG; ZHANG, 2017). Já em outros estudos, a Capecitabina mostrou-se superior ao 5 –fluorouracil em pacientes com tumor retal avançado (LIU, et. al, 2016).

Em relação ao tempo entre o término da neoadjuvância e a cirurgia, aqueles que são submetidos à cirurgia depois de 8 semanas até 14 semanas após a quimio e radioterapia apresentaram menos complicações cirúrgicas e maior sobrevida (GARRER, et. al,). Entretanto, um trabalho mostrou que pacientes operados até 8 semanas após neoadjuvância obtiveram melhor resposta que aqueles operados após este período. Neste mesmo estudo, aqueles que tiveram resposta completa à terapia neoadjuvante mostraram menos linfonodos afetados (ANDRADE, 2016).

A retossigmoidectomia realizada incluiu a ressecção de todo mesorreto, no entanto, na análise anátomo-patológica foram encontrados apenas sete linfonodos, todos livres de malignidade.

ISBN 978-85-459-0773-2

O grau de regressão do tumor representa o fator mais importante na diminuição de linfonodos recuperados. Aproximadamente um terço dos pacientes com tratamento neoadjuvante apresentam rendimento inferior a 12 linfonodos. A idade, sexo e o tipo de cirurgia parecem não influenciar nos resultados (BUSTAMANTE-LOPEZ, 2017).

5 CONCLUSÃO

Diante deste relato de caso, nota-se que a terapia neoadjuvante foi eficaz no tratamento do câncer de reto, regredindo não só a lesão como também o número de linfonodos recuperados. Resultados positivos como este são sustentados em outros estudos e relatos. No entanto, ainda são necessários novos trabalhos para se determinar o tratamento não cirúrgico de câncer retal após a terapia neoadjuvante.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, V.A. *et al*. Neoadjuvant Therapy and Surgery for Rectal Cancer. Comparative study between partial and complete pathological response. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 53, i. 3, p.163-168, 2016.

ASSIS, R.V.B.F. Rastreamento e Vigilância do Câncer Colorretal: Guidelines Mundiais. **GED: gastroenterologia endoscopia digestiva**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 62-74, 2011.

BUSTAMANTE-LOPEZ, L. *et al*. Understanding the factors associated with reduction in the number of lymph nodes in rectal cancer patients treated by neoadjuvant treatment. **International Journal of Colorectal Disease**, Berlin, v. 32, i. 6, p. 925–927, Jun. 2017.

COIMBRA, F.J.F. *et al*. I Consenso Brasileiro de Tratamento Multidisciplinar de Metástase Hepática Colorretais. Módulo 1: Avaliaçäo Pré-Tratamento. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva – ABCD**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 222-230, 2015.

DIAS, A.P.T.P.; GOLLNER, A.M.; TEIXEIRA, M.T.B. Câncer Colorretal Rastreamento, prevenção e controle. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 33, n. 4, p.125-131, 2017.

DINIZ, B.S.O.; LACERDA-FILHO, A. Prevenção Secundária do Câncer Colorretal em Indivíduos Assintomáticos de Baixo Risco. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 46-52, 2014.

GARRER, W.Y. *et al*. Appropriate Timing of Surgery after Neoadjuvant ChemoRadiation Therapy for Locally Advanced Rectal Cancer. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Bangkok, v. 17, i. 9, p. 4381-4389, Sep. 2016.

HABR-GAMA, A. Câncer Colorretal – A importância de sua prevenção. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 2-3, 2005.

ISBN 978-85-459-0773-2

LEE, H.S. *et al*. Correlation between tumor regression grade and rectal volume in neoadjuvant concurrent chemoradiotherapy for rectal cancer. **International journal of radiation oncology, biology and physic**, Elmsford, v. 34, i. 3, p. 186-192, Sep. 2016.

LIU, G.C. *et al*. Effect of Neoadjuvant Chemoradiotherapy with Capecitabine versus Fluorouracil for Locally Advanced Rectal Cancer: A Meta-Analysis. **Gastroenterology Research and Practice**, Cairo, v. 2016, Nov. 2016.

MALLMANN, A.C.M. *et al*. Rastreamento do câncer colorretal. **Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição – Momento e Perspectivas em Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, 2003.

PATEL, S.V. *et al*. Distance to the anal verge is associated with pathologic complete response to neoadjuvant therapy in locally advanced rectal cancer. **Journal of Surgical Oncology**, New York, v. 114, i. 5, p. 637-641, Oct. 2016.

PINHO, M. Resposta Completa à Terapia Neoadjuvante no Câncer de Reto: Apenas Sorte ou um Resultado Previsível?. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. Rio de Janeiro, v. 2007, n. 4, p. 474-478, Dez. 2007.

SAMMOUR, T. *et al*. Nonoperative Management or 'Watch and Wait' for Rectal Cancer with Complete Clinical Response After Neoadjuvant Chemoradiotherapy: A Critical Appraisal. **Annals of Surgical Oncology**, News York, v. 24, i. 7, p.1904–1915, Jul. 2017.

ZOU, XC.; WANG, Q.; ZHANG, J. Comparison of 5-FU-based and Capecitabine-based Neoadjuvant Chemoradiotherapy in Patients With Rectal Cancer: A Meta-analysis. **Clinical Colorectal Cancer**, Dallas, Jan. 2017.