

TUMORES DO CÓLON, RETO E ÂNUS

Palestra proferida durante o XXX Congresso Brasileiro de
Colo-Proctologia no Rio de Janeiro

KONRAD ARNOLD (*)

Wiesbaden, Alemanha

A minha palestra abordará alguns aspectos sobre os tumores do canal anal e do reto, exceção feita ao carcinoma do reto.

O canal anal e o reto são duas porções terminais do trato digestivo, que exibem diferenças morfológicas significativas.

No 1.º slide podemos apreciar a anatomia da região em questão. Ligados um ao outro, representam regiões completamente diferentes.

O canal anal provém do exoderma, portanto faz parte da pele; e é composto por um epitélio escamoso chamado anoderma, que corresponde à pele sem presença de pêlos ou anexos. Logo em seguida podemos notar a linha denteada, delimitação entre o epitélio escamoso. Pele seca e inervada, e o epitélio cilíndrico da mucosa intestinal que é derivado do mesoderma e que é a última porção do trato digestivo.

A região corresponde ao anoderma (epitélio do canal anal) apresenta características próprias de tal forma que existem tipos particulares de tumores nesta região. Tumores benignos ou malignos encontrados acima da linha denteada não são específicos do reto e podem ocorrer em toda extensão do cólon.

Antes de comentarmos sobre a classificação e características de cada tumor, permitam-me dizer algumas palavras sobre o diagnóstico desses tumores.

O método mais simples e mais barato que conhecemos para o diagnóstico dos tumores do canal anal e do reto, é o toque retal. No passado nós hiper-estimamos o número de tumores do colo que poderiam ser detectados através do toque retal. Sabemos atualmente que apenas 13 a 15% de todos os tumores do intestino grosso podem ser detectados com a realização do toque retal. Através ainda do toque retal podemos detectar cistos que se encontram às vezes situados dentro da parede do reto como também processos inflamatórios entre os esfínteres, abscessos ou ainda outras patologias que podem ocorrer posterior ao reto e o canal anal.

(*) Prof. da Universidade de Wiesbaden (Alemanha).

Vocês podem notar o quanto o tecido gorduroso envolve o canal anal, e o reto se encontra localizado numa posição, onde comumente podem aparecer patologias que podem ser detectáveis ao toque retal e nos quais a endoscopia poucos dados nos fornecerá.

O toque retal pode detectar cistos retrorretais, tais como o cisto dermóide que pode ser ressecado através de uma incisão na parede posterior do reto, de tal forma a podermos ressecar o tumor cístico por inteiro. Após ser ressecado e incisionado pode-se notar que o tumor é composto de material sebáceo e pêlos, que geralmente ocorrem em cistos dermóides.

O proctoscópio comum pode atingir o canal anal e os últimos centrimentos da ampola retal. O termo "proctoscópio" não é totalmente apropriado, uma vez que proctos, do grego, significa reto e nós com o proctoscópio não atingimos o reto por inteiro. Achamos que o melhor seria denominá-lo como anuscópio.

Existem vários aspectos que estão sendo discutidos atualmente em relação aos proctoscópios e principalmente a questão: se este instrumento deve apresentar um orifício terminal ou lateral e se o mesmo deve apresentar um sistema de espelhos acoplados? Nós acreditamos que um instrumento com um orifício terminal permite uma melhor observação de todo o canal anal porque possibilita a comparação de lesões em diferentes locais do canal anal simultaneamente, como também a visualização do reto.

Voltando ao tema relacionado aos tumores do canal anal e do reto vamos iniciar uma lesão que vocês poderão observar externamente sem o uso de endoscopia. Pode-se observar a região perianal com sinais inflamatórios e a presença de um tecido vermelho brilhante ao centro.

Ao estudo microscópico pudemos notar uma alteração do epitélio da região superficial. O resultado da biópsia foi a doença de "Bowen".

Este paciente foi informado em um outro hospital que deveria realizar uma ressecção do reto e simultaneamente uma colostomia permanente.

Como vocês podem observar a seguir, ressecamos toda a lesão inclusive o músculo do esfínter interno do ânus e levamos para estudo anatomo-patológico. O patologista nos informou tratar-se de uma doença de Bowen, que é uma lesão pré-maligna da pele. Não se detectou nenhuma infiltração maligna na peça analisada. Portanto o ato operatório está justificado e não seria necessária a radioterapia. Deve-se

sempre fazer o acompanhamento clínico freqüentemente deste paciente. Num outro paciente portador da mesma doença encontramos uma discreta recorrência após 2 anos da realização da cirurgia.

A próxima lesão que comentarei, algumas vezes pode-se apresentar sob a forma de minúsculos pontos ou manchas como também pode compreender lesões mais compactas e densas.

Estes condilomas foram considerados por um longo período de tempo como sendo uma manifestação anal das doenças venéreas. Entretanto sabemos atualmente que esta afirmação não é verdadeira pois esses tumores estão relacionados a infecções virais e consistem numa verruga, comparável aos das mãos e dos pés.

Sempre que estivermos frente a uma dúvida diagnóstica, nestes casos, deveremos realizar uma biópsia do tumor para afastar a hipótese do carcinoma anal.

Vamos analisar um outro tipo de tumor que inicia seu crescimento em camadas mais profundas e que destrói como vemos grande parte da região perianal infiltrando-se também em direção ao tecido sub-cutâneo.

A drenagem linfática das porções inferiores do canal anal (epitélio escamoso) não se dirige ao reto, realizando-se através do gânglios linfáticos regionais.

No próximo slide poderemos notar a presença novamente do carcinoma anal agora sob a forma de uma imensa fissura anal. O tratamento consiste na ressecção do tumor e radioterapia.

O próximo tumor que comentarei apresenta normalmente uma coloração escura e os pacientes que aqui o apresentam exibem um prognóstico sombrio — este tumor é um melanoma. A nossa opinião atualmente é a de que a ressecção local do tumor deve ser considerada suficientemente radical se este histologicamente for encapsulado. Esta senhora de 70 anos apresentava o melanoma e nós não quisemos prosseguir com procedimentos mais radicais. Nos últimos 5 anos pudemos apreciar um total de 3 melanomas em nossa clínica. Os dois outros foram tratados da mesma forma que o 1.º caso já comentado previamente. Um deles faleceu por metastatização maciça do tumor em todo o organismo, três meses após o ato cirúrgico. O outro paciente se encontra em acompanhamento clínico não exibindo nenhum sinal de recidiva do tumor.

Vamos então passar a discutir alguns ou algumas lesões que são consideradas mais benígnas. O paciente portador desse hamangioma anal e perianal foi submetido a uma cirur-

gia à aproximadamente um ano. Descolamos o anoderma e a pele e removemos o hemangioma, reconstituindo posteriormente a estrutura do canal anal reimplantando o anoderma e a pele que se encontravam preservados. Esta outra lesão é um pólipos que foi diagnosticado pela própria paciente. É uma lesão típica da mucosa e neste caso esta relacionada a processos irritativos de ordem mecânica local. Esta lesão poderá ser encontrada na superfície de mamilos hemorroidários ou em mal formações do canal anal. Esta paciente, por exemplo, não apresentava praticamente um canal anal e a sua mucosa retal estava conectada diretamente à pele. Ela foi apresentando prolapsos da mucosa progressivamente a tal ponto de a superfície da mucosa exibir um aspecto de uma neoplasia.

O último slide da série "canal anal" mostra uma fissura anal crônica associada a um fibroma anal. Estes fibromas se desenvolvem a partir de uma hipertrofia das papilas do canal anal e podem atingir o tamanho de uma avelã.

Todos esses tumores que se originam do anoderma não devem ser considerados como lesões pré-malignas. A ressecção dessas papilas anais só se faz necessária se estes assumirem um tamanho suficientemente grande a tal ponto de produzir uma alteração na continência anal. Infelizmente muitos médicos não conhecem tais dados e chamam a estas lesões de pólipos intestinais, levando o paciente a realizar toda a seqüência de exames necessários para o diagnóstico e terapêutica de adenomas verdadeiros do intestino grosso.

Vamos agora discutir alguns aspectos relacionados aos pólipos do reto, que são tumores que podem se originar da própria mucosa ou de qualquer outra camada da parede retal.

No próximo slide podemos apreciar a classificação dos tumores benígnos do reto. Note na primeira parte como classificamos os tumores de origem epitelial. Qualquer processo proliferativo que se origina da mucosa retal intacta é denominado de pólipos. Esta conotação reflete apenas o aspecto macroscópico do tumor, não podendo se distinguir o tipo histológico deste tumor. Os patologista nos ensinaram que o tipo de pólipos não pode ser reconhecido macroscopicamente. Quando se diagnostica um pequeno pólipos como este do slide, poderá ser histologicamente um adenoma, que é uma lesão pré-maligna, ou um pólipos metaplásico, que nunca se transformarão em tumores malignos.

Conseqüentemente conforme o raciocínio plenamente explanado temos que ressecar todos os pólipos do intestino grosso diagnosticados através da endoscopia ou pelo raio-X.

O próximo slide irá ilustrar porque a biópsia desses pólipos

não é útil para o diagnóstico do tipo do tumor. Neste caso mostrado se realizamos a biópsia a partir da face lateral esquerda o patologista nos informará que o tumor tem a estrutura de um adenoma. Se por outro lado realizamos a biópsia a partir da face lateral direita, ele nos informará que o tumor apresenta células malignas e que portanto pode chamar tudo de um carcinoma. A informação completa poderá ser fornecida somente quando da ressecção de todo o pólipo e ao estudar vários cortes histológicos inclusive do pedículo; com o que poderemos decidir sobre a melhor terapêutica a ser indicada em cada caso.

Devido a extrema divergência existente entre os patologistas, a OMS (Organização Mundial de Saúde) elaborou uma nomenclatura que foi adotada mundialmente por todos os patologistas. No alto do slide pode-se notar a presença de um pólipo pediculado que histologicamente é classificado como um adenoma. No centro do slide ainda, pode-se visualizar dois outros adenomas que devem ser considerados como malignos, por apresentarem alterações histologicamente suspeitas. Costumamos classificar esses tumores de carcinoma "in situ" ou carcinoma intra-mucoso, esta descrição inclui carcinoma. Por causa dessa denominação alguns cirurgiões ficam induzidos a realizar cirurgias radicais em vez de tentar uma ressecção local do pólipo. Como pode ser visto o tecido submucoso não foi atingido pelas células malignas e a drenagem linfática ainda não compromete a parede intestinal. Portanto se nós ressecarmos o pólipo com seu pedículo intacto para o patologista, ele poderá decidir se a membrana submucosa se encontra intacta ou não.

Se o patologista não encontrar infiltração tumoral, ele o denominará de adenoma com alterações severas atípicas, evitando utilizar o termo carcinoma. Na porção inferior pode-se visualizar dois pólipos onde encontramos um verdadeiro carcinoma invasivo que já infiltrou a membrana submucosa, e portanto não há dúvidas que condutas mais agressivas deverão ser tomadas pelo cirurgião.

A conduta nos casos de pólipos pediculados vilosos que histologicamente são adenomas, é a ressecção por coagulação do pedículo quando esse assume coloração esbranquiçada. Se observarmos o local onde foi feita a ressecção por este processo, no dia seguinte, poderemos notar uma pequena depressão circundada por discretos traços de necrose da mucosa alterada.

Condutas mais radicais deverão ser tomadas em pacientes portadores de adenomatose familiar do colo. Nestes casos, a

conduta por ser mais radical deverá ser discutida com o paciente. A adenomatose familiar do colo é uma patologia considerada como pré-cancerosa e costuma levar à morte se não realizarmos a ressecção total do cólon precocemente. Esta doença apresenta caráter hereditário e dominante e portanto todos os descendentes devem ser submetidos à endoscopia. Os pólipos se desenvolvem nos filhos desses pacientes a partir da idade de 12 a 14 anos. O crescimento desses tumores se inicia sob a forma de minúsculas lesões, como pode ser visto neste quadro e a fim de prevenir a malignização das lesões devemos operar esses pacientes antes dos 20 anos.

Comumente não costumamos ter dificuldades para realizar a ressecção endoscópica dos pólipos pediculares. Os maiores problemas ocorrem quando estamos diante grandes ou sésseis.

O adenoma viloso do reto, poderá ser ressecado por via trans-anal com a ajuda de um retrator de Parks. A técnica consiste na injeção de substância salina embaixo do adenoma que conseqüentemente produz uma elevação do plano do tumor por inteiro. Se por acaso houver infiltração maligna o espaço submucoso se encontra tomado pelo tumor e conseqüentemente esta manobra de elevação com solução salina não ocorrerá. Se por outro lado obtivermos sucesso na manobra poderemos ressecar o adenoma viloso e realizar a hemostasia com a ajuda de termocoagulação e deveremos deixar a ferida aberta. Após a realização da ressecção endoscópica restará posteriormente uma pequena cicatriz local. Se a lesão polipóide é suspeita nós preferimos então ressecar o segmento por inteiro da parede retal. Assim teremos ressecado o tumor junto com uma parede intestinal normal e estes dados serão analisados conjuntamente pelo patologista. Certamente através da informação deste colega saberemos se a ressecção foi suficientemente radical ou não. Se as alterações malignas estiverem restritas apenas à superfície da mucosa e é equivalente ao carcinoma tipo A de Duke, a ressecção deverá ser considerada radical.

Naturalmente um follow-up mais rigoroso do paciente deverá ser realizado. Nós realizamos uma revisão de cada caso a cada 3 meses durante o primeiro ano de pós-operatório.

Novamente vamos voltar à classificação dos tumores do reto.

Do grupo dos hamartomas, vamos discutir alguns aspectos sobre o pólipo juvenil. As características são: o sangramento em pontos da superfície do tumor e a ausência de fibras musculares no pedículo. Estes tumores não exibem malignização.

Do grupo de pólipos de origem inflamatória, não discuti-

remos os pseudo-pólipos presentes nas colites ulcerativa e no Crohn, pois estes ocorrem muito raramente a nível do reto.

Por fim gostaria de lhes mostrar uma lesão do grupo dos tumores epiteliais inflamatórios que podem se manifestar sob várias formas e que muitas vezes pode levar erro diagnóstico. Ao palpamos este tumor que geralmente é encontrado na parede anterior do reto tem-se a impressão de o mesmo ser duro e arredondado, e se posteriormente realizarmos a endoscopia pensaremos que se trata de um carcinoma. Se realizarmos a biópsia ela deverá abranger uma massa suficientemente grande e deveremos também informar bem ao patologista qual é o aspecto macroscópico desse tumor.

O diagnóstico muitas vezes só poderá ser dado por patologista que conheça profundamente as gastroenteropatias. Denominamos a essa lesão de úlcera solitária do reto como também de colite profunda. Essa úlcera é resultado de traumatismos mecânicos sobre a mucosa retal ou a anal, que acabam estimulando a produção de muco pelas células da parede e com isso estas células são deslocadas para as camadas mais profundas da parede retal onde elas se hipertrofiam e são recobertas posteriormente por epitélios. O tratamento cirúrgico não é a solução para esta patologia, e ao invés disto devemos procurar a causa que levou a esta úlcera. Geralmente essas úlceras estão relacionadas a prolapso de reto e outras vezes podem ser causadas por esvaziamento mecânico do intestino com o dedo.

Gostaria também de abordar alguns aspectos sobre os tumores de origem não epitelial do reto que são realmente raros. Esse tumor por exemplo foi diagnosticado pelo exame clínico associado ao toque retal. Foi realizada a ressecção local e histologicamente foi classificado como leiomioma. Como é do nosso conhecimento que esse tumor pode apresentar malignização sugerimos também um follow-up desses pacientes a intervalos de 3 meses. Neste caso o paciente infelizmente compareceu à consulta, 4 anos após a ressecção apresentando uma recidiva com um tumor de grande tamanho e desta vez era um sarcoma.

Um outro tumor que pode ser diagnosticado por toque retal é o neurofibroma. Este paciente está sendo acompanhado há 4 anos e não apresentou até o momento nenhum sinal de recidiva. Algumas vezes pode-se palpar algumas lesões em regiões submucosas como também tem-se dificuldade em se dizer que tipo de tumor é aquele pólipio.

Quando estamos diante de um lipoma, mioma ou tumor

carcinóide, nada se pode afirmar sobre o tipo de tumor antes que se faça a ressecção do mesmo por inteiro.

No caso do tumor carcinóide, os patologistas nos informaram que não há problemas tardiamente se estes tumores forem de diâmetros inferiores a 1,5 cm. Se forem maiores, a conduta deverá ser mais radical do que a simples ressecção do tumor.

Senhoras e senhores, esta coleção de tumores do canal anal e reto está longe de estar completa. Espero ter mostrado aos srs. alguns detalhes interessantes que podem nos ser úteis no diagnóstico precoce e na terapêutica do carcinoma do reto.