
SINAIS E SINTOMAS DO CÂNCER COLORRETAL E DIAGNÓSTICO PRECOCE

PERETZ CAPELHUCHNIK, TSBCP
CARMEN RUTH MANZIONE NADAL, TSBCP
PAULO AFONSO BIANCHINI, ASBCP
FANG CHIA BIN, TSBCP
WILMAR ARTUR KLUG, TSBCP

CAPELHUCHNIK P, NADAL CRM, BIANCHINI PA, BIN FC, KLUG WA - Sinais e sintomas do câncer colorretal e diagnóstico precoce. *Rev bras Colo-Proct*, 1991; 11(4): 125-127.

RESUMO: A cura do câncer colorretal está vinculada ao diagnóstico precoce e terapêutica cirúrgica adequada. Os principais sintomas e sinais da doença e os fatores que influem sua gênese são discutidos neste trabalho. São estudados 221 pacientes com câncer colorretal; 138 (62,4%) do reto, 47 (21,3%) do cólon esquerdo e 36 (16,3%) do cólon direito. Estudaram-se as manifestações clínicas principais nas diferentes localizações topográficas e comparou-se o tempo decorrido desde o início dos sintomas e o estágio da doença. Os autores concluem que: 1) sinais e sintomas do câncer colorretal são tardios; 2) o tempo de início de sintomas dos tumores precoces e avançados não foi muito diferente; 3) o diagnóstico de tumores iniciais (Dukes A) foi possível em 4,5%.

UNITERMOS: Câncer colorretal, diagnóstico, sintomas

A cura do câncer colorretal está relacionada ao diagnóstico precoce seguido de terapêutica cirúrgica adequada.

As manifestações clínicas iniciais, infelizmente, não são valorizadas pelo doente e nem pelo médico que pela primeira vez o examina. Com certa frequência recebemos doentes portadores de câncer colorretal e que por meses ou até mais de ano estavam sendo tratados como hemorróidas, anemia, amebíase, colecistite e colite.

Em estudo recente de 272 casos de câncer colorretal constatamos obstrução em 39,5%, a saber: 30,3% do cólon e 8,25% do reto (1). Seguramente, esses casos têm mais de dois anos de evolução e o seu mau estado geral compromete os resultados do tratamento cirúrgico.

Trabalho realizado no Serviço de Colo-Proctologia do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

É muito importante, portanto, que se pesquise com muita atenção e mesmo de forma agressiva os primeiros sinais e sintomas da moléstia (3, 8-10).

Fatores que influenciam os sinais e sintomas

O quadro clínico não é patognomônico, mas um conjunto complexo de sinais e sintomas sugere o câncer colorretal, bem como sua localização topográfica.

O conhecimento de noções básicas de anatomia e fisiologia do cólon e reto é útil para a melhor compreensão das manifestações clínicas (9, 17).

O intestino grosso, tubo contínuo, na verdade pode ser dividido em duas metades: o hemicólon direito, cuja circulação depende da artéria mesentérica superior e o hemicólon esquerdo irrigado pela mesentérica inferior. O hemicólon direito tem parede mais delgada e seu diâmetro é maior que o esquerdo.

A função do cólon é a absorção de água e eletrólitos do conteúdo que vem do delgado, através da válvula ileocecal. O cólon direito é a metade absorvente e se assemelha ainda ao intestino delgado. Aquele material inicialmente líquido no cólon direito transforma-se em massa pastosa e semi-sólida no cólon esquerdo, que é responsável pela absorção de apenas cerca de 10% da água colônica total. O hemicólon esquerdo funciona como local de armazenamento.

A absorção no reto é mínima e a massa que aí chega estimula o reflexo reto-córtico-anal que promove a sua excreção.

A morfologia dos tumores do cólon e reto e a sua evolução têm influência na gênese da sintomatologia. Assim, os tumores do hemicólon direito tendem a ser polipóides ocupando somente parte da circunferência do órgão. Os do cólon esquerdo são do tipo escurros, infiltrantes e estenosantes. Crescem lentamente, demorando cerca de seis meses para preencherem 1/4 da circunferência do órgão e cerca de dois anos para obstruí-lo totalmente.

É compreensível que no hemicólon direito, de maior diâmetro, paredes finas e distensíveis, com conteúdo líquido e massas tumorais que não ocupam todo o lume, os sinais e sintomas sejam mais tardios.

No hemicílon esquerdo, de diâmetro menor e paredes mais espessas, pouco distensíveis e onde os tumores são estenosantes, a sintomatologia é mais precoce.

No reto as alterações funcionais causadas pela presença do tumor são responsáveis pela sintomatologia.

Os principais sintomas e sinais são: 1) dor; 2) mudança do hábito intestinal, diarreia, obstipação, ou ambos; 3) comprometimento do estado geral; 4) dispepsia; 5) perda de peso; 6) anemia; 7) massa palpável; 8) obstrução; 9) vômitos; 10) sangramento; 11) massa tocável; 13) tenesmo. Eles não são específicos, mas devem ser cuidadosamente investigados.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram estudados 221 casos de câncer colorretal, 138 (62,4%) do reto, 47 (21,3%) do cólon esquerdo e 36 (16,3%) do cólon direito, visando às suas manifestações clínicas principais, tratados no Serviço de Colo-Proctologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

RESULTADOS

Os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes estão demonstrados nas Tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1 - Tumores do cólon e reto. Cólon direito - 36 casos - 16,3%.

Sinais e sintomas	Casos	
	Nº	%
Dor abdominal	16	44,4
Tumor palpável	12	33,3
Alteração do hábito intestinal	8	22,2
Emagrecimento	5	13,9
Anemia	2	5,5
Obstrução intestinal	1	2,8
Fístula colo-cutânea	1	2,8
Dor lombar	1	2,8

Fonte: SAME Santa Casa de S. Paulo.

Tabela 2 - Tumores do cólon e reto. Cólon esquerdo - 47 casos - 21,3%.

Sintomas e sinais	Casos	
	Nº	%
Enterorragia	12	25,5
Dor abdominal	12	25,5
Alteração do hábito intestinal	9	19,1
Obstrução intestinal	9	19,1
Emagrecimento	8	17
Tumor palpável	2	4,3
Perfurações	2	4,3
Dificuldade para a evacuação	1	2,1

Fonte: SAME Santa Casa de S. Paulo.

O estudo anatomopatológico das peças e dos pacientes (Tabela 4) revelou que o diagnóstico precoce de câncer colorretal (Dukes A) somente foi possível em 4,5%. A

invasão de linfáticos e metástases à distância (Dukes C e D) foi constatada em 62,9% dos casos. Apenas 32,6% dos enfermos foram classificados como Dukes B.

Tabela 3 - Tumores do cólon e reto. Reto - 138 casos - 62,4%.

Sinais e sintomas	Casos	
	Nº	%
Toque retal positivo	109	78,9
Enterorragia	42	30,4
Alteração do hábito intestinal	28	20,3
Emagrecimento	20	14,3
Dor anal	16	11,6
Dor abdominal	8	5,8
Obstrução intestinal	8	5,8
Tumor anal	6	4,3
Dificuldade para evacuação	5	3,6
Secreção anal	1	0,7

Fonte: SAME Santa Casa de S. Paulo.

Tabela 4 - Tumores do cólon e reto. Estadiamento - Início dos sintomas.

Dukes	Casos		Tempo médio
	Nº	%	
A	10	4,5	7 meses
B	72	32,6	12 meses
C	67	30,3	12 meses
D	72	32,6	12 meses
Total	221	100	

Fonte: SAME Santa Casa de S. Paulo.

O tempo de início de sintomas relacionados ao estágio do tumor não mostrou diferenças significativas (7 a 12 meses).

DISCUSSÃO

Os principais sinais e sintomas que os pacientes apresentam são: alterações do hábito intestinal, diarreia ou obstipação e, por vezes, ambos, bem como enterorragia, dor abdominal e massa tocável. Não são patognômicos, mas indubitavelmente chamam a atenção para o diagnóstico do câncer colorretal.

Raramente os sinais e sintomas conduzem a um diagnóstico precoce, mesmo entre pessoas de elevadas camadas sociais (2).

Estamos de acordo com a literatura no que se refere à distribuição topográfica de sinais do câncer colorretal.

Assim, no cólon direito são mais comuns: dor, diarreia, dispepsia, massa palpável e anemia. No cólon esquerdo: obstipação, obstrução, dor e hemorragia.

Quase todos os tumores do reto são acessíveis ao toque, produzem perdas sanguíneas, tenesmo, dificuldades na evacuação e alterações no hábito intestinal. A dor é tardia e a obstrução, rara.

Em nossa experiência e de acordo com a literatura (3, 10), o intervalo entre o início de sintomas e a chegada do doente ao hospital está entre sete e 12 meses. Mesmo os casos em estágio mais precoce chegaram ao nosso Serviço com cerca de sete meses de sintomatologia, o que consideramos tempo demasiado longo.

Essa perda de tempo se deve à relutância do paciente em procurar atendimento médico ou à sua tendência em não dar importância aos sintomas.

Também médicos não familiarizados com o problema não avaliam corretamente o que está acontecendo. Recebemos pacientes que estavam sendo tratados como retocolite ulcerativa, anemia, hemorróidas, amebíase e colecistite há muitos meses. A falta de atenção no primeiro atendimento frustra a possibilidade de cura desses enfermos.

A investigação destes doentes e principalmente dos que apresentam perdas sangüíneas deve ser agressiva. O exame proctológico, a sigmoidoscopia, o enema baritado e a colonoscopia formam a seqüência lógica e complementar (13, 15, 16).

Devem ser cuidadosamente observados os pacientes que apresentam lesões pré-cancerosas ou outros fatores de risco (5-7, 11, 12) (Quadro 1).

Quadro 1 - Câncer colorretal - Fatores de risco.

Pólipos - Adenoma viloso
Polipose familiar (Gardner, Turcot, Cronkhite - Canadá)
Polipose (Peutz-Jegher, juvenil)
Mol. inflamatórias intestinais (R.C.U.I., Crohn, actínica)
Hereditariedade
Idade acima de 40 anos
Anastomoses uretero-sigmoidianas

A pesquisa de sangue oculto nas fezes através do uso de indicadores sensíveis, derivados do guaiacol (hemocult), tem sido empregada no rastreamento de populações (4, 14). Em nosso meio, o elevado índice de verminose limita muito o seu uso, devido aos falsos-positivos.

Talvez a única maneira de conseguir o tratamento desses pacientes em tempo oportuno seria com a educação da população leiga e alertando o médico não especializado no sentido de torná-lo mais ativo na pesquisa do câncer colorretal.

CONCLUSÕES

O estudo de 221 casos de câncer colorretal, sua sintomatologia e o tempo de início de sinais e sintomas relacionados ao estágio tumoral permitiram as seguintes conclusões:

1) os sinais e sintomas do câncer colorretal são geralmente tardios;

2) o tempo de início dos sintomas e sinais relatados pelos enfermos foi relativamente o mesmo em tumores iniciais ou avançados;

3) o diagnóstico de tumores precoces (Dukes A) foi possível em apenas 4,5% dos casos.

CAPELHUCHNIK P, NADAL CRM, BIANCHINI PA, BIN FC & KLUG WA - Signs and symptoms of colorectal cancer and earlier diagnosis.

SUMMARY: The authors studied 221 cases of colorectal cancer and signs and symptoms depending upon what part of the large bowel is affected. Main symptoms are referred. Signs and symptoms of colorectal growths were usually very late. The onset of symptoms at earlier stage cases and advanced one were not quite different (7 - 12 months). The delay to seek a proper treatment depends upon a reluctant patient or a doctor's misdiagnosis. Cancer education of a public and aggressive investigation of the patient are discussed. Earlier tumor cases (Dukes A) were only diagnosed in 4.5%.

KEY WORDS: colorectal cancer, diagnosis, symptoms

REFERÊNCIAS

1. Capelhuchnik P. Obstrução aguda dos cólons. In: Rasslan S. Afecções Cirúrgicas de Urgência. São Paulo: Panamed Editorial 1985: 163-69.
2. Castro Barbosa S. Câncer do cólon e do reto. In: Mendes F. Colopatias. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1959.
3. Goligher JC. The possible achievement of earlier symptomatic diagnosis. In: Goligher JC. Surgery of the Anus, Rectum and Colon, 5th edition, London: Bailliere Tindal 1985: 474.
4. Greggor DM. Occult blood testing for detection of asymptomatic colon cancer. Cancer 1971; 28: 131.
5. Greenstein AJ, Janowitz HD, Sachar DB. Cancer in Crohn's disease after diversionary surgery: a report of seven carcinomas occurring in excluded bowel. Am J Surg 1978; 135: 86.
6. Hawker PC, Gyde SP, Thompson H et al. Gut adenocarcinoma of the small intestine complicating Crohn's disease. Gut 1975; 23: 188.
7. Lennard-Jones JE, Morson BC, Ritchie JK et al. Cancer in colitis: assessment of the individual risks by clinical and histological criteria. Gastroenterol 1977; 73: 1280.
8. McDermont F, Hughes ESR, Pihl E et al. Symptom duration and survival prospects in carcinoma of the rectum. Surg Gynecol Obstet 1981; 153: 321.
9. Muir EC. The diagnosis of carcinoma of the colon and rectum: a review of 714 cases. Br J Surg 1956; 44: 1.
10. Saraiva Leão PH. Câncer nos Cólon e no Reto. Fortaleza: Edições UFC 1984: 61.
11. Schottenfeld D. Patient risk factors and detection of earlier colon cancer. Prev Med 1972; 1: 335.
12. Stemper TJ, Kent TH, Summers RW. Juvenile polyposis and gastrointestinal carcinoma. A study of a hundred. Ann Intern Med 1975; 83: 639.
13. Winawer SJ, Sherlock P, Schottenfeld D, Miller DG. Screening for colon cancer. Gastroenterol 1976; 70: 783.
14. Winawer SJ, Leioner SD, Miller DG et al. Results of screening program for detection of early colon cancer and polyps using fecal occult blood testing. Gastroenterol 1977; 72: 1150.
15. Winawer SJ, Sherlock P. Métodos de detección y diagnóstico para el cáncer colorrectal. In: Woolley PV, Scein P. Seminarios de Oncología - Carcinoma de Cólon. Buenos Aires: Ed. Panamericana 1978: 94-100.
16. Wolf WI. Comparison of colonoscopy and the contrast enema in five hundred patients with colorectal disease. Ann Surg 1975; 129: 181.
17. Wooley PV. Manifestaciones clinicas del cancer de colon y reto. In: Wooley PV, Scein P. Seminarios de Oncología - Carcinoma de Cólon. Buenos Aires: Ed. Panamericana 1978: 74-81.

Endereço para correspondência:

Peretz Capelhuchnik
Rua José Maria Lisboa, 1.370 - 7º andar
01423 - São Paulo - SP