
CÂNCER COLORRETAL METACRÔNICO; ESTUDO DA INCIDÊNCIA CUMULATIVA E APRESENTAÇÃO DE 10 CASOS PESSOAIS

GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, TSBCP

CRUZ GMG - Câncer colorretal metacrônico: estudo da incidência cumulativa e apresentação de 10 casos pessoais. *Rev bras Colo-Proct*, 1996; 16(3): 121-128

RESUMO: Tumores metacrônicos colorretais são aqueles que se desenvolvem nos segmentos colorretais remanescentes, após a ressecção de um tumor primitivo do cólon sua incidência varia entre 0,1-3,6%. Apresentamos uma série de 10 pacientes que desenvolveram tumor metacrônico do cólon. Analisamos o período de intervalo entre a primeira e a segunda lesão e discutimos os principais aspectos clínicos relacionados a essas lesões.

UNITERMOS: câncer colorretal; tumores metacrônicos; incidência

Tumor metacrônico é o câncer que reincide no mesmo órgão ou em restos remanescentes do órgão parcialmente ressecado por um primeiro câncer colorretal, uma vez encerrado o tempo considerado de cura do primeiro tumor. Se, de um lado, tal definição parece dar como encerradas quaisquer discussões a respeito do conceito de câncer colorretal metacrônico, de outro, o tempo considerado para cura do primeiro tumor ainda é passível de discussão. Disto resulta o fato de haver estatísticas conflitantes e tão díspares: os autores que consideram tempo de cura cinco anos, encontram muito menos tumores colorretais metacrônicos que aqueles que consideram dois, três ou quatro anos, como tempo de cura do tumor primitivo. Decorrem, também, deste modo de se encarar o novo câncer que aparece como câncer metacrônico ou câncer recidivado, as estatísticas tão diferentes. E mais: não há estudos, até o momento, sobre a incidência corrigida de câncer metacrônico no tocante aos grupos de cura e de sobrevida. Pois é lógico, que nos grupos de piores prognósticos o câncer metacrônico quase, senão inexistente, uma vez que os pacientes não se curaram, vindo a falecer antes de terem a chance de desenvolver um novo câncer; fato contrário ocorre com os pacientes de grupos de bons prognósticos. Nota-se, na revisão da literatura, que a incidência de câncer metacrônico varia de 0,1% e 3,6% dos pacientes operados

de câncer colorretal primitivo. Em 28 anos tivemos a oportunidade de acompanhar aproximadamente 32.000 pacientes coloproctológicos, dos quais 923 eram portadores de câncer do cólon (2,88%), dos quais 870 eram adenocarcinoma (2,7%). Destes, 10 (1,15%) desenvolveram câncer metacrônico. Todavia, como dos 870 pacientes operados por câncer colorretal, somente 517 (59,42%) foram catalogados no grupo A (62 pacientes) e B (455 pacientes) de Dukes, e, portanto, aptos, ou melhor, com possibilidades reais de se curarem e desenvolverem cânceres metacrônicos, a incidência do segundo tumor sobe para 1,9%. Esta estatística se refere aos casos de cânceres colorretais que se desenvolveram cinco anos ou mais após os tumores primitivos terem sido operados. Cinco anos representam o período temporal de seguimento pós-operatório do paciente operado de câncer colorretal, quando ele é considerado curado, e, um possível segundo tumor que vier a aparecer após este período de tempo, seria, não uma recidiva, mas um novo tumor ou um verdadeiro tumor metacrônico. Evidentemente, se considerarmos tumor metacrônico qualquer câncer colorretal que vier a se desenvolver nos cólons e no reto, independentemente do tempo decorrido entre as duas cirurgias, certamente as incidências estatísticas seriam bem maiores. De todos estes fatos, decorrem as discrepâncias entre os vários trabalhos relatados envolvendo incidências de câncer colorretal metacrônico.

Relato dos casos

Caso nº 1 - paciente do sexo feminino, 66 anos de idade por ocasião do primeiro tumor, que era um adenocarcinoma B de Dukes localizado no sigmóide (Figs. 1 e 2). Foi submetida a uma retossigmoidectomia abdominal à Dixon, tendo três anos depois, sido submetida a uma colecistectomia por cálculo biliar. Aos 76 anos de idade desenvolveu um câncer no cólon descendente, tendo sido submetida a uma colectomia total com anastomose íleo-retal. O exame histopatológico da peça revelou tratar-se de um adenocarcinoma B de Dukes. Não houve quimio ou radioterapia após as duas cirurgias. Três anos depois da segunda cirurgia a paciente começou a desenvolver doença de Parkinson.

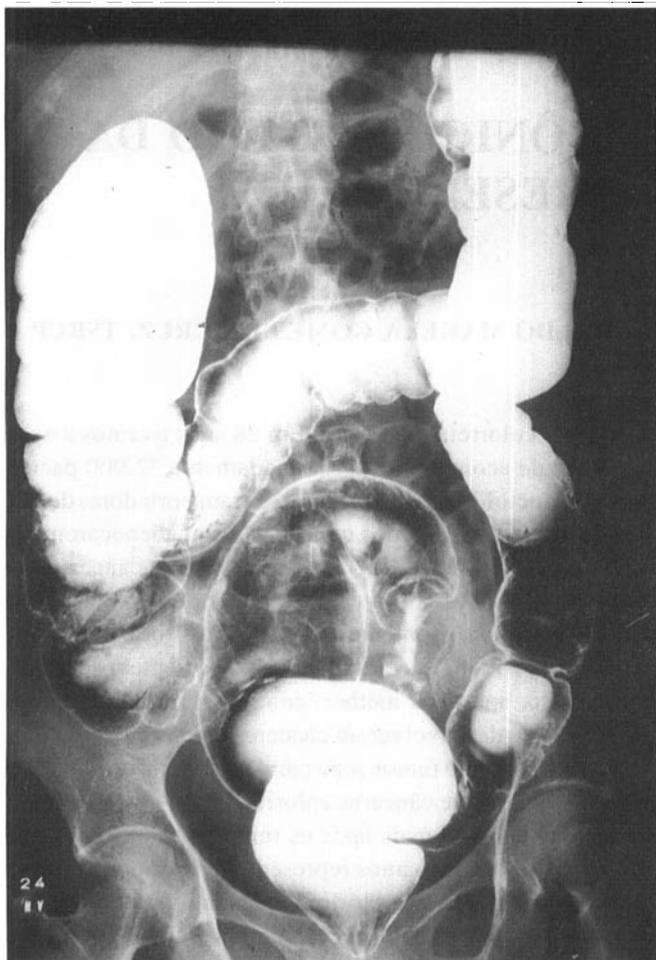


Fig. 1 - (Paciente nº 1) - Enema opaco revelando lesão estenosante no cólon sigmóide.

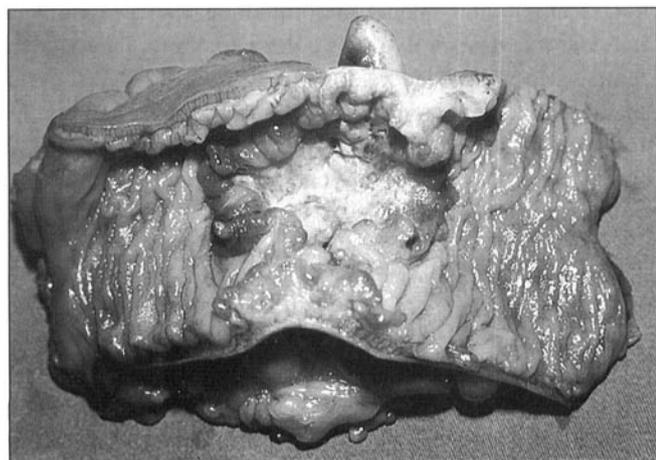


Fig. 2 - (Paciente nº 1) - Peça de retossigmoidectomia abdominal à Dixon, mostrando um tumor estenosante no sigmóide.

Caso nº 2 - paciente do sexo feminino, colecistectomizada aos 32 anos por cálculos na vesícula biliar, 69 anos de idade por ocasião do primeiro tumor, um adenocarcinoma B de Dukes localizado no ceco (Figs. 3 e 4). Foi submetida a uma hemicolectomia direita com anastomose ileocecal. Nove anos depois, aos 78 anos de idade, desenvolveu um tumor no cólon sigmóide, tendo sido submetida a

uma colectomia total com anastomose íleo-retal. Tratava-se de um adenocarcinoma B de Dukes, não tendo recebido qualquer tratamento oncológico complementar depois das duas cirurgias.

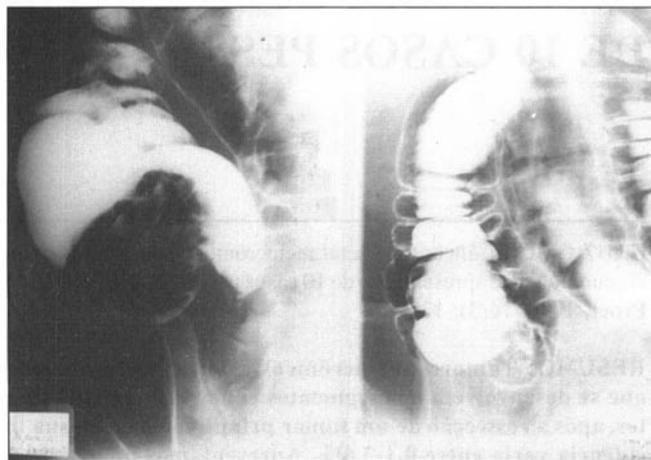


Fig. 3 - (Paciente nº 2) - Enema opaco relevando defeito de enchimento do ceco por processo neoplásico vegetante.

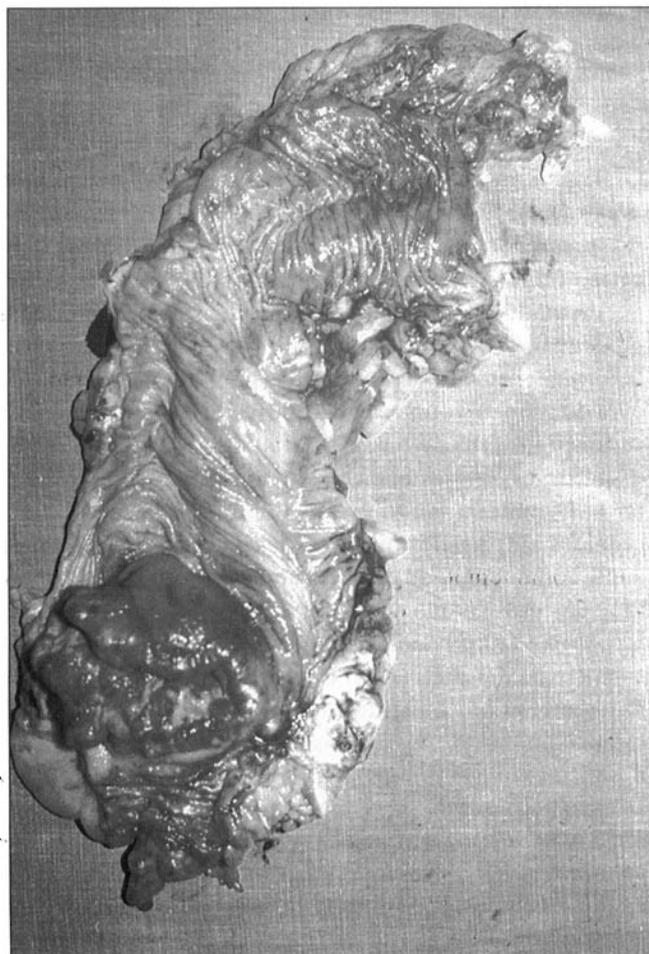


Fig. 4 - (Paciente nº 2) - Peça constituída de hemicólon direito, evidenciando um tumor vegetante no ceco correspondente ao enema opaco da Fig. 3.

Caso nº 3 - paciente do sexo masculino, 56 anos por ocasião de uma retossigmoidectomia abdominal à Dixon, realizada por conta de um adenocarcinoma C de Dukes (metástases em três linfonodos metastáticos mesentéricos) localizado no sigmóide. Seguiu-se quimioterapia convencional na época, tendo, seis anos, desenvolvido um adenocarcinoma gástrico, de que foi operado, saindo-se bem da gastrectomia total. Aos 67 anos, 11 anos depois do primeiro tumor colônico, surgiu-lhe um adenocarcinoma B de Dukes no ceco, tendo sido realizada uma colectomia total com anastomose íleo-retal.

Caso nº 4 - paciente do sexo feminino, 55 anos de idade por ocasião da amputação abdominoperineal à Miles, visando erradicação de um adenocarcinoma B de Dukes ao nível do terço inferior do reto (Figs. 5 e 6). Onze anos depois, aos 66 anos, foi realizada uma hemicolectomia direita com anastomose íleo-transverso por um adenocarcinoma B de Dukes no ângulo hepático (Figs. 7 e 8). Ficou assim, a paciente, com cerca de 30 cm de cólon, não tendo sido realizada uma colectomia total, na tentativa de se evitar uma ileostomia. Três anos após a segunda cirurgia, desenvolveu um adenocarcinoma polipóide e pediculado de mais ou menos 1,5 cm de maior diâmetro, ao nível da própria colostomia (Fig. 9), que foi removido localmente (Fig. 1).

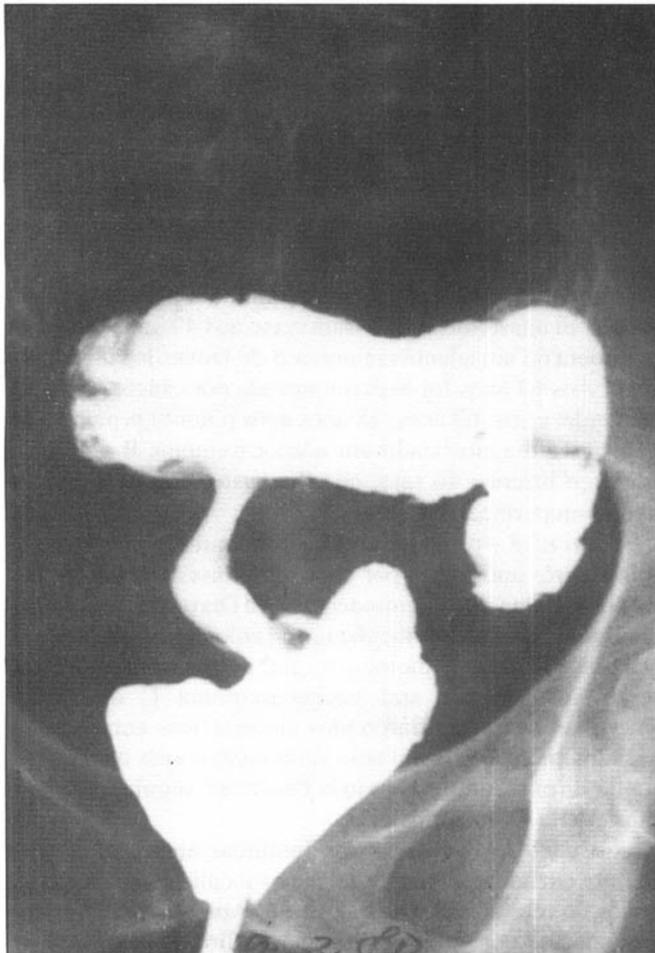


Fig. 5 - (Paciente nº 4) - Enema opaco mostrando estenose de terço inferior do reto por adenocarcinoma.

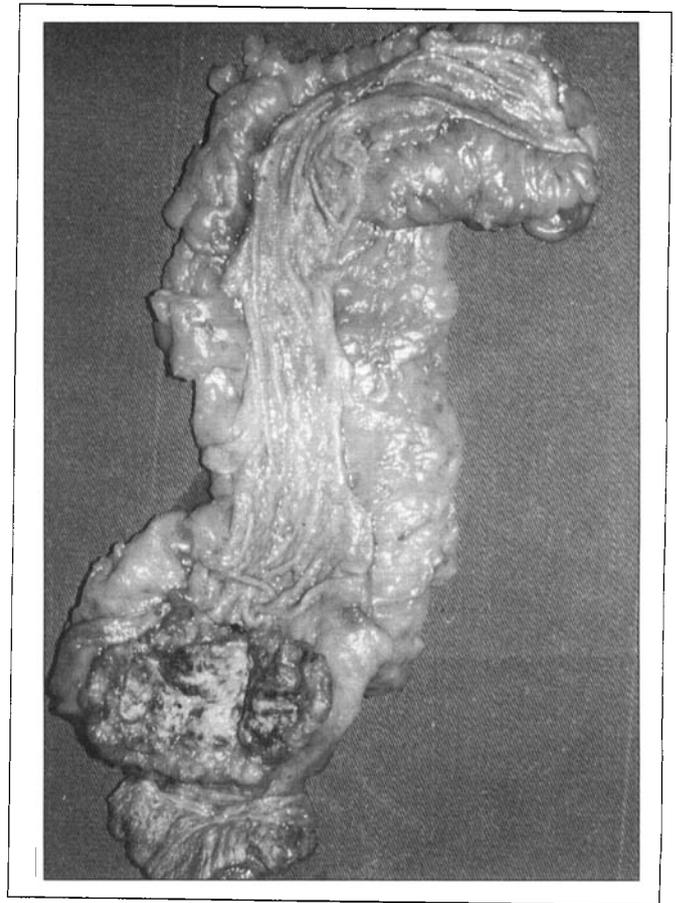


Fig. 6 - (Paciente nº 4) - Peça constituída por ânus, canal anal, reto e sigmóide apresentando um tumor estenosante no terço inferior do reto, correspondente ao enema opaco da Fig. 1.

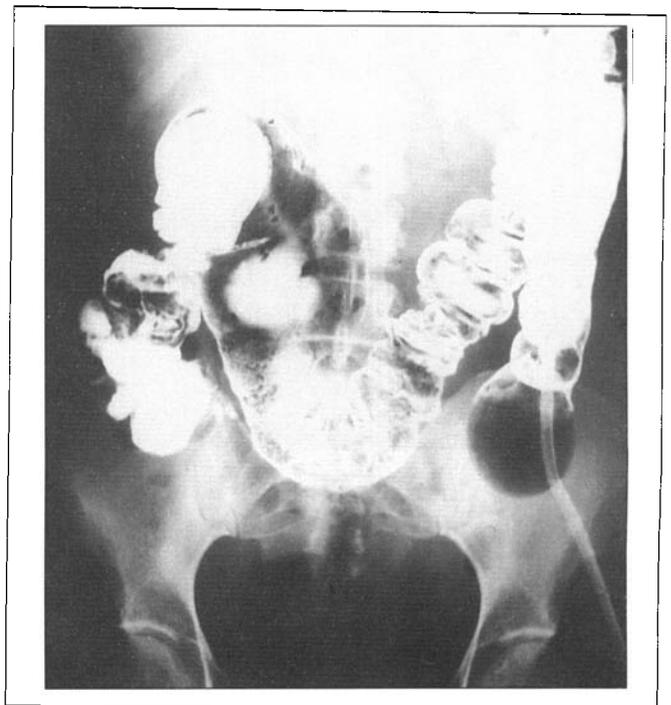


Fig. 7 - (Paciente nº 4) - Enema opaco realizado pela colostomia da paciente amputada por câncer de reto (nota-se ausência de reto e de sigmóide) revelando lesão estenosante irregular ao nível do ângulo hepático, de origem carcinomatosa.

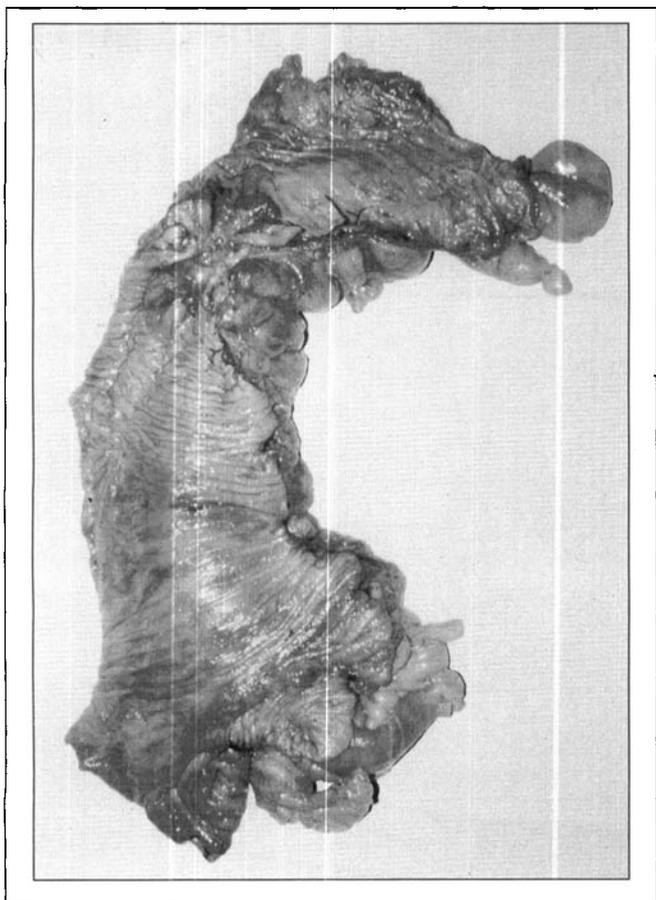


Fig. 8 - (Paciente nº 4) - Peça constituída de hemicólon direito de paciente amputada por câncer de reto, revelando lesão carcinomatosa no ângulo hepático, 11 anos depois, correspondente ao enema opaco da Fig. 7.

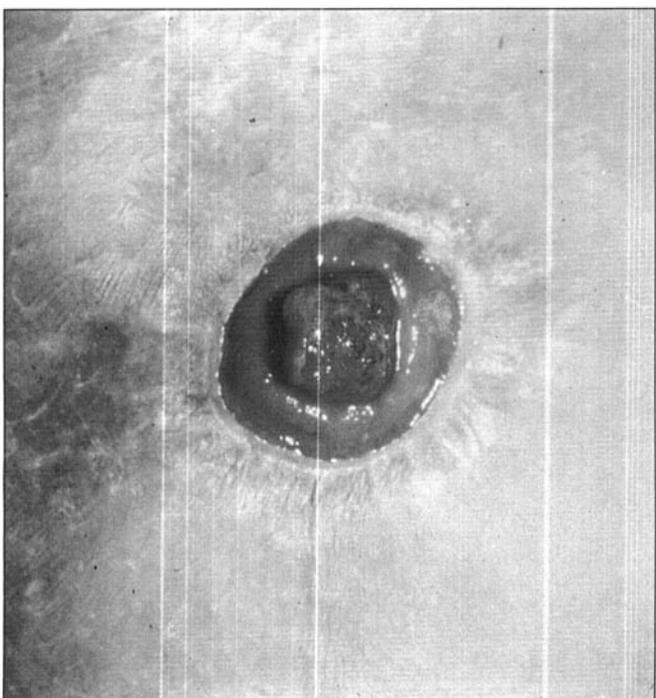


Fig. 9 - (Paciente nº 4) - Pólipo carcinomatoso localizado na colostomia, documentado 14 anos após amputação abdômino-perineal do reto e três anos após hemicolectomia por câncer metacrônico no ângulo hepático do cólon (Figs. 5-8).

Caso nº 5 - paciente do sexo feminino, a mais jovem do grupo, com apenas 22 anos de idade por ocasião da amputação abdominoperineal à Miles, realizada para remoção de um adenocarcinoma C de Dukes (metástases em três de 18 linfonodos dissecados na cadeia mesentérica) localizado no terço inferior do reto. Seguiram-se químio e radioterapias. A paciente casou-se três anos após a cirurgia, tendo desenvolvido três gravidezes com cesarianas em todas elas. Aos 34 anos, 12 anos após a primeira cirurgia, submeteu-se à mastectomia radical por câncer na mama direita, a que se seguiram químio e radioterapias. Aos 47 anos, 25 anos após a amputação, desenvolveu um adenocarcinoma A de Dukes na própria colostomia, removido localmente (Fig. 10). Começou tratamento para doença de Parkinson do lado direito, diagnosticado aos 42 anos de idade.

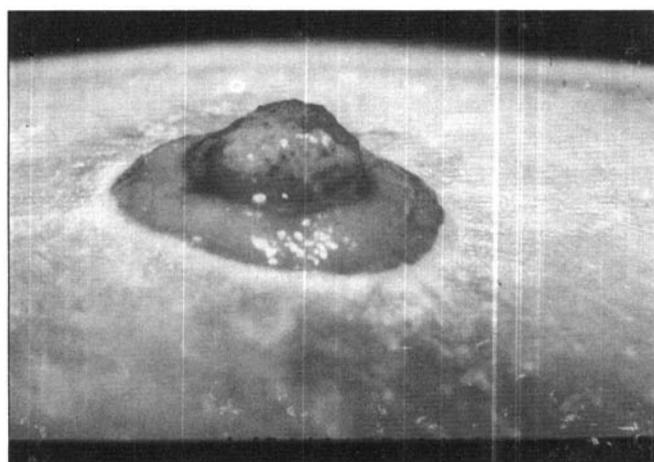


Fig. 10 - (Paciente nº 5) - Câncer polipóide localizado na colostomia, documentado 25 anos após amputação abdominoperineal por câncer de terço inferior do reto.

Caso nº 6 - paciente do sexo feminino, hemicolectomizada com anastomose íleo-transverso aos 49 anos de idade, por conta de um adenocarcinoma B de Dukes localizado no ceco. Aos 64 anos foi mastectomizada por câncer de mama esquerda, e, aos 67 anos, 18 anos após o tumor primitivo no ceco, teve diagnosticado um adenocarcinoma B de Dukes no terço inferior do reto, que lhe custou uma amputação abdominoperineal à Miles.

Caso nº 7 - paciente do sexo masculino, colecistectomizado três anos antes por uma colelitíase, submetido, aos 52 anos, a uma retossigmoidectomia à Dixon por um adenocarcinoma B de Dukes localizado no cólon sigmóide. Dezesete anos após a primeira cirurgia, aos 69 anos de idade, teve diagnosticado um adenocarcinoma C de Dukes (metástases em dois linfonodos mesentéricos entre 18 dissecados) no ceco, tendo sido submetido a uma hemicolectomia direita com anastomose íleo-retal, seguindo-se quimioterapia antilblástica.

Caso nº 8 - paciente do sexo feminino, amputada à Miles por um adenocarcinoma B de Dukes localizado no terço inferior de reto aos 57 anos de idade. Aos 66 anos foi mastectomizada por um câncer na mama direita. Aos 70 anos, 13 anos após a amputação de reto, apresentou um adenocarcinoma B de Dukes no ceco, tendo sido submetida a uma hemicolectomia direita com anastomose íleo-transverso.

Caso nº 9 - paciente do sexo masculino, submetido a uma ressecção local, aos 71 anos, por conta de um adenocarcinoma A de Dukes localizado no terço inferior do reto. Um ano depois submeteu-se a uma RTU por hiperplasia prostática diagnosticada antes da primeira cirurgia, e, aos 79 anos, a uma hemicolectomia direita com anastomose fleo-transverso por um adenocarcinoma B de Dukes localizado no ceco.

Caso nº 10 - paciente do sexo masculino, aos 42 anos de idade foi submetido a uma retossigmoidectomia abdominal alta com anastomose mecânica descendente-retal, por um adenocarcinoma B de Dukes localizado no sigmóide a 32 cm de altura do ânus. Seis anos depois, aos 48 anos, foram encontrados um tumor ulcerado no terço inferior do reto próximo ao canal anal, um pólipio no ângulo esplênico e dois pólipios no cólon ascendente. Foi realizada uma proctocolectomia total com ileostomia. Os exames histopatológicos revelaram três pólipios adenomatosos e um adenocarcinoma C de Dukes (metástases em três de 15 linfonodos isolados da peça), seguindo-se quimio e radioterapias.

RESULTADOS

O Quadro 1 mostra os dados mais importantes sobre os pacientes estudados, por ocasião da primeira cirurgia: sexo, idade, localização e gradação patológica do tumor, cirurgia realizada e tratamento oncológico complementar realizado. A idade média foi de 53,9 anos, com os limites maior e menor de 71 e 22 anos, respectivamente, sendo seis pacientes do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Em quatro pacientes o tumor primitivo se localizou no reto, em outros quatro no sigmóide, e em dois, no ceco. As cirurgias realizadas para ressecção dos tumores primitivos foram: retossigmoidectomia abdominal (4), amputação abdominoperineal (3), hemicolectomia direita (2) e ressecção local (1). A gradação histopatológica mais comum foi B de Dukes (sete casos), seguindo-se dois casos de Grupo C e um caso de Grupo A. A quimioterapia foi realizada, em caráter único, em um paciente retossigmoidectomizado à Dixon por câncer do Grupo C de Dukes localizado no sigmóide, sendo associada à radioterapia em outro, (amputado à Miles por conta de um câncer Grupo C de Dukes) localizado no terço inferior do reto.

Quadro 1 - Câncer colorretal metacrônico: estudo da incidência cumulativa e apresentação de 10 casos pessoais. Primeiro tumor ou tumor primitivo.

Iniciais	Sexo	Idade	Localização cirurgia	Primeira Dukes	QT/RT	
AGO	F	66	Sigmóide	RSA*	B	Não
STS	F	69	Ceco	HCD**	B	Não
MPG	M	56	Sigmóide	RSA*	C	QT
MLAG	F	55	Reto	AAP***	B	Não
SSS	F	22	RETP	AAP***	C	QT/RT
MLC	F	49	Ceco	HCD**	B	Não
OMA	M	52	Sigmóide	RSA*	B	Não
MAGC	F	57	Reto	AAP***	B	Não
MLFP	M	71	Reto	RL****	A	Não
ASJ	M	42	Sigmóide	RSA*	B	Não

RSA*: Retossigmoidectomia abdominal

HCD**: Hemicolectomia direita

AAP***: Amputação abdominoperineal

RL****: Ressecção local

O Quadro 2 mostra as intercorrências patológicas mais importantes ocorridas com os pacientes durante o tempo decorrido entre o primeiro e o segundo tumores. Das seis mulheres, cinco foram submetidas à cirurgias importantes: três foram mastectomizadas por câncer de mama, e duas foram colectomizadas por colelitíase. Dos quatro homens, um foi gastrectomizado por câncer gástrico e outro foi prostatectomizado por hiperplasia prostática.

Quadro 2 - Câncer colorretal metacrônico: estudo da incidência cumulativa e apresentação de 10 casos pessoais. Intercorrências entre o primeiro e o segundo tumor.

Iniciais	Sexo	Idade na 1ª cirurgia	Intercorrências entre primeira e segunda cirurgias
AGO	F	66	Colelitíase
STS	F	69	
MPG	M	56	Câncer gástrico
MLAG	F	55	
SSS	F	22	Câncer de mama
MLC	F	49	Câncer de mama
OMA	M	52	
MAGC	F	57	Câncer de mama
MLFP	M	71	Hiperplasia prostática
ASJ	M	42	Colelitíase

O Quadro 3 mostra dados importantes sobre o paciente, por ocasião da abordagem do segundo tumor colorretal: lapso de tempo entre o primeiro e o segundo tumor, idade do paciente, localização do tumor, cirurgia realizada, tratamentos oncológicos dispensados aos pacientes e a gradação dos tumores. O tempo médio decorrido entre as duas ocorrências neoplásicas foi de 12,8 anos, sendo os limites máximo e mínimo de tempo, 25 anos e seis anos, respectivamente. Os limites de idade foram 41 anos e 79 anos, ficando a média etária dos pacientes, por ocasião do segundo tumor, em 66,2 anos. A localização mais comum do segundo tumor foi no ceco (quatro casos), seguindo-se, o reto com dois casos e, com um caso cada, o sigmóide, cólon ascendente, ângulo hepático e a própria colostomia. Em decorrência das localizações, as cirurgias mais realizadas foram: colectomia total com anastomose fleo-retal (quatro casos), hemicolectomia direita com anastomose fleo-transverso (três casos), uma amputação abdominoperineal com colostomia definitiva à Miles, uma proctocolectomia total com ileostomia definitiva terminal e uma ressecção local ao nível da colostomia. Em sete pacientes os tumores foram graduados no Grupo B de Dukes, ficando dois no Grupo C e outro no Grupo A. A quimioterapia foi realizada em um paciente, portador de tumor do Grupo C localizado no ceco, e foi realizada associada à radioterapia em dois pacientes, sendo um amputado com colostomia por tumor do Grupo B localizado no terço inferior do reto, e um proctocolectomizado com ileostomia por tumor do Grupo C localizado no terço inferior do reto associado à ocorrência simultânea de três pólipos colônicos (Quadro 3).

Quadro 3 - Câncer colorretal metacrônico: estudo da incidência cumulativa e apresentação de 10 casos pessoais. Segundo tumor ou tumor metacrônico.

Iniciais	Sexo	Idade	Tempo entre 1º e 2º tumores	Localização	Segunda cirurgia	Dukes	QT/RT
AGO	F	76	10	C. ascen.	CT/AIR*	B	
STS	F	78	9	Sigmóide	CT/AIR*	B	
MPG	M	67	11	Ceco	CT/AIR*	B	
MLAG	F	66	11	Ang. hep.	HCD**	B	
SSS	F	47	25	Colost.	RL*****	A	
MLC	F	67	18	Reto	AAP****	B	
OMA	M	69	17	Ceco	CT/AIR*	C	QT
MAGC	F	70	13	Ceco	HCD**	B	
MLFP	M	79	8	Ceco	HCD**	B	
ASJ	M	48	6	Reto	PCT/I***	C	QT/RT

CT/AIR*: Colectomia total com anastomose ileo-retal
HCD**: Hemicolectomia direita
PCT/I***: Proctocolectomia total com ileostomia

AAP****: Amputação abdominoperineal
RL*****: Ressecção local

Posteriormente à segunda cirurgia, alguns pacientes desenvolveram patologias importantes durante seus acompanhamentos (Quadro 4): doença de Parkinson (dois casos), infarto do miocárdio com ponte de safena (um caso) e câncer polipóide na colostomia (um caso). O mesmo Quadro 4 mostra a totalização de intercorrências mórbidas desenvolvidas pelos pacientes antes da primeira cirurgia, entre a primeira e a segunda, e após a realização da segunda cirurgia: três casos de mastectomia por câncer de mama (todos os casos entre a primeira e a segunda cirurgia), quatro casos de colecistectomia por colelitíase (dois casos antes do primeiro tumor e dois entre o primeiro e o segundo tumores), dois casos de doença de Parkinson (todos os dois após o segundo tumor), um caso de gastrectomia por câncer gástrico (entre o primeiro e o segundo tumores), um caso de prostatectomia por hiperplasia prostática (entre o primeiro e o segundo tumores), um caso de ressecção local de câncer na colostomia (após a segunda cirurgia) e um caso de pontes de safena por infarto miocárdico (após a segunda cirurgia).

Quadro 4 - Câncer colorretal metacrônico: estudo da incidência cumulativa e apresentação de 10 casos pessoais. Intercorrências mórbidas.

Iniciais	Sexo cirurgia	Antes da cirurgia	Entre a 1ª e 2ª cirurgia	Após a 2ª
AGO	F	Colelitíase		Parkinson
STS	F	Colelitíase		
MPG	M		CA gástrico	
MLAG	F			CA colostomia
SSS	F		CA mama	Parkinson
MLC	F		CA mama	
OMA	M	Colelitíase		
MAGC	F		CA mama	
MLFP	M		Hiper. próstata	
ASJ	M		Colelitíase	Infarto card.

Apesar do pequeno número de casos de câncer colorretal metacrônico, é evidente a alta incidência de colelitíase entre estes pacientes (quatro casos, 40%), da mesma forma que a taxa de ocorrência de câncer de mama (três casos, 30%).

Seguramente, tais cifras de incidência de câncer de mama e de colelitíase, apesar do número reduzido de casos, evidenciam uma relação entre estas três patologias, em níveis, indubitavelmente, muito acima do que se poderia considerar um simples acaso.

Revedo os 10 casos operados por câncer colorretal metacrônico, com especial atenção ao lapso de tempo entre as ocorrências do primeiro e do segundo tumores, nota-se que o tempo médio foi de 12,8 anos (Fig. 3). Dos 10 casos, em 7 (70%) o tempo decorrido oscilou entre 10 e 25 anos, com incidência média de 15 anos; dos três casos (30%) em que o tempo decorrido foi inferior a 10 anos, o tempo médio foi de 7,6 anos (9, 8 e 6 anos). Assim, em termos relativos, a incidência de câncer colorretal metacrônico foi de 48,6% acima de 10 anos e 39,4% abaixo deste tempo, o que confere uma diferença de incidência da ordem de 7,2%. Dividindo-se esta diferença de 7,2% pelo total de anos de observação (20 anos), nota-se que ocorreu um aumento anual de probabilidade de surgimento de câncer colorretal metacrônico da ordem de 0,36%. Este aumento de probabilidade anual de 0,36% de desenvolvimento de câncer metacrônico é muito semelhante aos aumentos verificados por Cali e cols.⁽⁷⁾ e Muto e cols.⁽¹⁴⁾, que encontraram, respectivamente, 0,35% e 0,38%. Da mesma forma, dentro de diferentes tempos de seguimento, o aumento da probabilidade cumulativa (soma dos anos de observação) que encontramos, da ordem de 7,2%, ficou muito próxima dos valores encontrados por aqueles dois autores^(7, 14), ou sejam, 6,3% e 7,6%.

DISCUSSÃO

Até 1932, segundo Carlson e Gobbel⁽⁶⁾, pensava-se que um câncer colorretal conferia ao portador, imunidade à esta patologia, não sobrevivendo, destarte, um segundo tumor após a primeira ocorrência. Todavia, em 1932, Warren e Gates⁽¹⁸⁾ foram os primeiros autores a se referir aos tumores colorretais metacrônicos. Desde então vários trabalhos foram se acumulando na literatura^(1, 2, 5, 7-12, 16, 19) mostrando uma acentuada margem de diferença estatística entre os vários autores, no

que diz respeito à incidência desta ocorrência, que varia de 0,1% a 3,6%. Esta disparidade de percentuais de incidências de cânceres metacrônicos, que chegam a ser 36 vezes maiores que outras, tem, certamente, seus motivos. Há autores que consideram tempo de cura do tumor primitivo cinco anos, encontrando muito menos tumores colorretais metacrônicos que aqueles que consideram de três meses a três anos^(1, 2, 5, 8-12, 19) como tempo de cura do tumor primitivo. Decorrem, também, deste modo de se encarar o novo câncer que aparece como câncer recidivado, incidências menores de câncer metacrônico, conforme assinala Cali e cols.⁽⁷⁾. E mais: não há estudos, até momento, sobre a incidência corrigida de câncer metacrônico no tocante aos grupos de cura e de sobrevida^(7, 12). Segundo Luchtefeld e cols.⁽¹²⁾, nos grupos de piores prognósticos o câncer metacrônico quase, senão inexistente, uma vez que os pacientes não se curam, vindo a falecer antes de terem a chance de desenvolver um novo câncer. Fato contrário ocorre com os pacientes de grupos de bons prognósticos, quando as estatísticas revelam incidências superiores de ocorrências de câncer metacrônico, como, por exemplo, ocorre no trabalho de Lynch e cols.⁽¹³⁾ e de Luchtefeld e cols.⁽¹²⁾, que encontraram as elevadas taxas de 3,2% e 3,4%, respectivamente, de incidência de tais tumores. Um outro fato a ser considerado é que o segundo câncer, segundo Muto e cols.⁽¹⁴⁾ não deve ser denominado metacrônico, quando o câncer primitivo se desenvolveu a partir ou concomitantemente a patologias pré-cancerosas, como colite ulcerativa grave, polipose familiar ou poliposes adenomatosas múltiplas. Em tais circunstâncias, para Cali e cols.⁽⁷⁾ e Muto e cols.⁽¹⁴⁾, melhor seria denominar tais tumores de tumores sincrônicos que se desenvolveram sobre patologias básicas preexistentes, como poliposes, pólipos e retocolite colite ulcerativa grave, por ocasião da primeira cirurgia. E, da mesma forma, os cânceres *in situ* que não são invasivos, não devem ser considerados cânceres primitivos, de modo a se rotularem possíveis cânceres posteriores de metacrônicos^(7, 12, 13, 15). E finalmente, como o tempo mínimo de transformação de um pólipos adenomatoso em adenocarcinoma é de dois anos, podendo o tempo máximo ser de dezenas de anos e portanto imprevisível, um segundo câncer que vier a se desenvolver antes de decorridos dois anos, segundo Muto⁽¹⁴⁾ jamais poderia ser considerado metacrônico, mas sincrônico ao primeiro tumor. Deste fato resulta que vários autores consideram dois anos, e outros três ou quatro ou cinco ou mais anos o tempo intervalo necessário entre o aparecimento dos dois tumores, para que o segundo seja rotulado de metacrônico. Quanto maior for o lapso de tempo considerado, menores serão, logicamente, as incidências de cânceres metacrônicos. De imensa importância foi o advento do colonoscópio, que, introduzido no seguimento dos pacientes operados de um câncer primitivo, enseja diagnósticos precoces e ressecções de pólipos, evitando-se o surgimento de tumores metacrônicos. Todos estes fatos, conforme afirmação de vários autores, entre os quais Bussey e

cols.⁽⁵⁾, Heald e Lockhart-Mummery⁽⁹⁾, Cali e cols.⁽⁷⁾ e Bulow e cols.⁽⁴⁾, ocorreria uma probabilidade cumulativa, que refletiria no risco maior do paciente em desenvolver um segundo câncer na ordem de 0,35% ao ano, o que tornaria tal expectativa significativamente maior que a expectativa da população geral.

Na década de 1930, entre outros, Warren e Gates⁽¹⁸⁾ e Brindley⁽³⁾, baseados na probabilidade de os pacientes com câncer colorretal primitivo desenvolverem câncer metacrônico, preconizaram revisões periódicas, no sentido de se detectarem patologias colorretais pré-malignas, que seriam removidas, evitando-se o segundo tumor. Na década de 1950, Carlson e Gobbel⁽⁶⁾ preconizaram estudos radiológicos dos cólons por enema opaco, por tempo indeterminado, na tentativa de se detectarem tais lesões pré-malignas. Na década de 1960 Bussey e cols.⁽⁵⁾ defendiam as revisões periódicas por enema opaco por toda vida dos pacientes, baseados no fato de que, em seu material, os cânceres metacrônicos aumentavam de incidência com o correr dos anos, chegando ao acúmulo de 0,35% ao ano, tendo acompanhado seus pacientes no decorrer de 30 anos. Ao final de 30 anos, a incidência cumulativa de câncer metacrônico subiria para 10,5%, correspondente ao acúmulo anual de 0,35%. Em 1993, Cali e cols.⁽⁷⁾ subscrevem tal afirmação, tendo verificado, da mesma forma, um aumento cumulativo de câncer metacrônico em níveis próximos a 0,35% ao ano, em seu material, constituído por 66 pacientes portadores de câncer colorretal metacrônico, encontrados em um universo de 5.476 pacientes portadores de câncer colorretal primitivos registrados no Creighton University School of Medicine, Omaha, Nebraska. Nos 18 anos finais de seguimento verificaram um aumento da incidência cumulativa de 6,3%. Na década de 1970, a partir dos estudos de Thorson e cols.⁽¹⁷⁾, a colonoscopia passou a ser empregada, largamente, passando a integrar, inquestionável e irreversivelmente, os protocolos de seguimento dos pacientes pós-operados de câncer colorretal. O uso contínuo da colonoscopia, encontrando e removendo pólipos, antes que tais patologias pré-cancerosas viessem sofrer transformações malignas, causou um decréscimo acentuado na ocorrência de câncer metacrônico. Tal observação, relatada por Cali e cols.⁽⁷⁾, Juhl e cols.⁽¹⁰⁾, Lynch e cols.⁽¹³⁾, Bulow e cols.⁽⁴⁾, Thorson e cols.⁽¹⁷⁾ veio inserir o uso da colonoscopia como um exame inestimável e insubstituível no seguimento de pacientes operados de câncer colorretal.

Em 28 anos tivemos a oportunidade de acompanhar aproximadamente 32.000 pacientes coloproctológicos, dos quais 923 eram portadores de câncer no intestino grosso (2,88%), entre os quais 870 eram portadores de adenocarcinoma colorretal (2,7%), excluindo-se os demais tipos histológicos de câncer e os tumores malignos do ânus e canal anal. Dos 870 casos de adenocarcinoma colorretal 10 (1,15%) desenvolveram cânceres metacrônicos. Pessoalmente, consideramos cânceres metacrônicos os cânceres que se desenvolvem cinco anos ou mais após término do protocolo de seguimento do câncer primitivo, afastando-se os casos de

patologias pré-malignas sincrônicas como poliposes e reto-colite ulcerativa grave. Todavia, como dos 870 pacientes operados por câncer colorretal, 517 (59,42%) foram catalogados no grupo A (62 pacientes) e B (455 pacientes) de Dukes, e, portanto, aptos, ou melhor, com possibilidades reais de se curarem e desenvolverem cânceres metacrônicos, a incidência, assim corrigida, do câncer metacrônico, sobe para 1,9%. Em nossa casuística, portanto, esta estatística se refere aos casos de cânceres colorretais metacrônicos que se desenvolveram cinco anos ou mais após os tumores primitivos terem sido operados, com tempo médio de intervalo de 12,8 anos, e limites maior e menor de 25 anos e seis anos, respectivamente. Cinco anos representam o período temporal de protocolo de seguimento pós-operatório do paciente operado de câncer colorretal, quando ele é considerado curado, e, um possível segundo tumor que vier a aparecer após este período de tempo, seria, não uma recidiva, mas um novo tumor ou um verdadeiro câncer colorretal metacrônico. Evidentemente, se considerarmos câncer colorretal metacrônico qualquer câncer colorretal que vier a se desenvolver nos cólons e no reto, independentemente do tempo decorrido entre as duas cirurgias e independentemente de haver ou não preexistência de patologias pré-malignas, certamente as incidências estatísticas seriam bem maiores. Dos 10 casos de câncer metacrônico, oito foram constatados antes de 1986 (80%), e apenas dois casos (20%) entre 1986 e 1994, o que corrobora as afirmações de outros autores^(4, 7, 10, 13, 17), segundo os quais a colonoscopia veio diminuir, acentuadamente, a incidência de câncer colorretal metacrônico, por diagnosticar e ressecar pólipos colorretais antes de ocorrência de transformação maligna dos mesmos.

CONCLUSÃO

As observações de 10 casos pessoais associadas aos pensamentos dos vários autores citados nos permitem concluir que os tumores colorretais metacrônicos: (a) têm incidência independente de sexo, idade e raça do paciente; (b) dependem do grupo histopatológico dos tumores primitivos, sendo, por motivos óbvios, mais comuns entre os tumores A e B de Dukes; (c) não têm gradação histopatológica pior nem melhor que os tumores primitivos; (d) apresentam incidência decrescente nos últimos tempos, em decorrência dos seguimentos pós-operatórios protocolares, e, em particular, nos seguimentos que incluem colonoscopia.

CRUZ GMG - Metachronus colorectal carcinoma: Study of cumulative incidence and presentation of 10 personales cases.

SUMMARY: Metachronus colorectal carcinoma occurs between 0.1 and 3.6 percent of patients who undergo curative colectomy for colorectal carcinoma. The author retrospectively review a series of 748 patients who underwent curative resections for colorectal tumors between 1965 and 1990. Ten patients developed metachronus colorectal carcinoma (1.3%). Clinical and epidemiological aspects are discussed.

KEY WORDS: colorectal carcinoma; metachronus tumors; incidence

REFERÊNCIAS

1. Agrez MV, Ready R, Istrup D, Beart RW Jr. Metachronus colorectal malignancies. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 969-74.
2. Bashir-Ur-rehman, Busuttill A, Small WP. Multiple colorectal tumors. *J R Coll Surg Edinb* 1985; 30: 181-3.
3. Brindley GV. Multiple malignancies of the large intestine. *South Med J* 1938; 31: 355.
4. Bulow S, Svendsen LB, Mellemsgaard A. Metachronus colorectal carcinoma. *Br J Surg* 1990; 77: 502-5.
5. Bussey HJ, Wallace MH, Morson BC. Metachronus carcinoma of the large intestine and intestinal polyps. *J R Soc Med* 1967; 60: 208-10.
6. Carlson RI, Gobbel WG. Metachronus carcinomas of the colon. *Gastroenterology* 1958; 34: 121-5.
7. Cali RL, Pitsch RM, Thorson AG, Watson P, Blatchford GJ, Christensen MA. Cumulative incidence of metachronus colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 388-93.
8. Evers BM, Mullins RJ, Matthews TH, Broghamer WL, Polk HC Jr. Multiple adenocarcinomas of the colon and rectum: an analysis and incidences and current trends. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 518-22.
9. Heald RJ, Lockhart-Mummery HE. The lesion of the second cancer of the large bowel. *Br J Surg* 1972; 59: 16-9.
10. Juhl G, Larson GM, Mullins R, Bond S, Polk HC. Six-year result of annual colonoscopy after resection of colorectal cancer. *World J Surg* 1990; 14: 255-61.
11. Kiefer PJ, Thorson AG, Christensen MA. Metachronus colorectal cancer: time interval of presentation of a metachronus cancer. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 378-82.
12. Luchtefeld MA, Ross DS, Zander JD, Folser JR. Late development of metachronus colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 180-4.
13. Lynch HT, Watson P, Lanspa SJ. Natural history of colorectal cancer in hereditary nonpolyposis colorectal cancer (Lynch syndromes I and II). *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 439-44.
14. Muto T, Bussey HJ, Morson BC. The evolution of cancer of the colon and rectum. *Cancer* 1975; 36: 2251-70.
15. Safi F, Link KH, Beger HG. Is follow-up of colorectal cancer patients worthwhile? *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 636-44.
16. Travieso CR Jr., Knoepp LF Jr., Hanley PH. Multiple adenocarcinomas of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1972; 15: 1-6.
17. Thorson AG, Christensen MA, Davis SJ. The role of colonoscopy in the assessment of patients with colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 306-11.
18. Warren S, Gates O. Multiple primary malignant tumors: a survey of the literature and statistical study. *Am J Cancer* 1932; 16: 1358-414.
19. Welch JP. Multiple colorectal tumors: an appraisal of natural history and therapeutic options. *Am J Surg* 1981; 142: 274-80.