

Manifestação Incomum do Câncer Colorretal - Relato de Caso

Unusual Manifestation of Colorectal Cancer - A Case Report

¹CLÁUDIO FERREIRA MENDONÇA; ¹AUGUSTO DIOGO FILHO; ¹DIOGO ALMEIDA LIMA; ¹LUCIANO BATISTA SILVEIRA SANTOS; ¹CARLA CORRÊA LIMA DIAS

¹Médico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, HC-UFU, Uberlândia, MG.

MENDONÇA CF; DIOGO FILHO A; LIMA DA; SANTOS LBS; DIAS CCL. Manifestação Incomum do Câncer Colorretal - Relato de Caso. *Rev bras Coloproct*, 2008;28(1): 099-103.

RESUMO: O câncer colorretal é uma neoplasia bastante freqüente, sendo responsável por alta morbimortalidade. O principal tipo histológico encontrado é o adenocarcinoma. Geralmente, acomete o segmento distal do reto, e o sigmóide e os sintomas mais comuns resultam de alteração do hábito intestinal. Fístulas êntero-vesicais resultantes de complicações neoplásicas são raras e manifestam-se pouco comumente com fecalúria. Este caso trata-se de um homem pardo, de 44 anos, que teve uma fístula reto-vesical como complicação que levou ao diagnóstico de um adenocarcinoma colorretal. O objetivo deste trabalho é relatar uma manifestação incomum deste tipo de neoplasia, que se apresentou com complicação pouco freqüente no momento do diagnóstico, além de fazer uma revisão na literatura médica sobre o assunto.

Descritores: Neoplasia colorretal, adenocarcinoma, fístula êntero-vesical.

INTRODUÇÃO

As neoplasias colorretais são patologias importantes na prática médica por sua freqüência e aumento progressivo na sua incidência, bem como por sua alta morbi-mortalidade. A sintomatologia depende da localização do tumor e do tipo histológico do mesmo. Nos tumores localizados no cólon direito os sintomas são diarreia e dor vaga no abdome, já nos tumores de cólon esquerdo os sintomas obstrutivos são mais comuns e caracterizados principalmente por obstipação intestinal progressiva com fezes afiladas, também pode ocorrer alternância entre diarreia e constipação.^(5,6) Nos tumores de reto o sangramento é freqüente.

Fístulas êntero-vesicais têm como causas principais doença diverticular e neoplasias colorretais. Nos casos de neoplasias intestinais os sítios mais comuns são o íleo e o cólon.⁽¹³⁾ Entretanto, trata-se de complicação rara causada diretamente por câncer colorretal.

Ao nos depararmos com adenocarcinoma colorretal manifestando como complicação, fistulização

êntero-vesical, consideramos relevante a apresentação do caso devido a sua raridade.

RELATO DO CASO

WRO, 44 anos, masculino, pardo, solteiro, natural e residente em Uberlândia, etilista crônico, sem história familiar de câncer e sem cirurgias prévias.

Paciente com história de ter iniciado há 5 meses diarreia, algumas evacuações com presença de sangue, acompanhado de perda ponderal de aproximadamente 15 Kg neste período. Negava alteração do hábito intestinal anteriormente, relatando evacuações diárias.

Uma semana antes de procurar nosso serviço apresentou disúria, evoluindo com obstrução urinária, sendo necessária sondagem vesical. Após a ingestão de jaboticabas, evoluiu com dor abdominal intensa, tipo cólica, náuseas e vômitos, parada da eliminação de flatos, saída de material fecal pela sonda (fecalúria) e parada de drenagem pela sonda vesical de demora,

Trabalho realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, HC-UFU, Uberlândia - MG - Brasil.

Recebido em 05/06/2006

Aceito para publicação em 18/02/2008

quando então procurou o Pronto Socorro de Cirurgia do HC-UFU. Nesta ocasião, apresentava tensão abdominal aumentada e massa palpável em hipogástrio.

Foi submetido à laparotomia exploradora de urgência com os seguintes achados: massa tumoral a nível de transição retossigmóide (com dilatação de cólon e delgado) aderida a parede posterior da bexiga, a qual encontrava-se dilatada e túrgida apesar da sondagem vesical. Realizada retossigmoidectomia com ressecção da parede posterior da bexiga e anastomose colorretal com grampeador. A parede posterior da bexiga foi reparada com sutura manual. Após a abertura da bexiga verificou-se grande quantidade de resíduos compatíveis com cascas e caroços de jaborcabras (Figuras 1 e 2).

O paciente evoluiu bem durante a internação, recebendo alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial na Proctologia e Urologia (Hospital do Câncer), em uso de sonda vesical de demora.

A Anatomia Patológica da peça cirúrgica revelou segmento de retossigmóide com adenocarcinoma moderadamente diferenciado atingindo até a serosa, não sendo visto comprometimento linfonodal (T4N0Mx), classificado como B3 na classificação de Dukes modificado por Astler-Cooler.

Evoluiu, posteriormente, com Infecção do Trato Urinário (ITU), sendo tratada com Ciprofloxacina, e após 2 meses a uretrocistografia demonstrou ausência de fístula. Apresentou redução do CEA, que no pré-operatório era de 2,5 ng/ml, para 1,0 e posteriormente aumentou para 1,4 ng/ml dois meses e meio após a cirurgia. No acompanhamento, apresentou TC de Abdome que evidenciou nódulos hipodensos entre seg-

mentos 7 e 8 do fígado, sendo então iniciado radioterapia e quimioterapia no Hospital do Câncer.

DISCUSSÃO

O câncer colorretal é a quarta neoplasia mais freqüente em homens,⁽¹⁾ sendo responsável pela sexta maior causa de mortes no sexo masculino.⁽²⁾ Em nosso meio, há um aumento circunstancial desta neoplasia.⁽³⁾ Há predominância no sexo masculino,⁽⁴⁾ sem significado estatístico,⁽¹⁰⁾ e nos leucodermas.⁽¹⁾ Em relação a faixa etária, nota-se prevalência entre 50 e 70 anos.^(1,10)

Com relação a etiopatogenia, ainda não totalmente elucidada, não há dúvida de que alguns hábitos dietéticos (condimentos, dieta rica em gordura e sal, e pobre em fibras), algumas entidades patológicas (Doença de Crohn, Retocolite ulcerativa e Pólipos adenomatosos) e a hereditariedade (polipose familiar e o câncer colorretal hereditário sem polipose) se relacionam com o surgimento do câncer.^(4,5,6,10,14) Menos de 20% dos casos de carcinoma colorretal ocorrem antes de 50 anos de idade, e quando é encontrado em uma pessoa jovem, deve-se suspeitar de colite ulcerativa preexistente ou de uma das síndromes hereditárias.⁽¹⁴⁾

Apesar de se tratar de uma grave doença, a história natural do câncer colorretal propicia condições à sua detecção precoce, uma vez que a maioria dos casos evolui a partir de lesões benignas (pólipos adenomatosos), por um período de 10 a 15 anos, existindo, portanto, uma fase pré-clínica detectável longa.⁽¹⁰⁾

Geralmente, acomete o segmento distal do reto e do sigmóide, seguidos pelo ceco, cólon ascendente e transversal.^(1,5,6,10) Os sintomas iniciais são conseqüên-

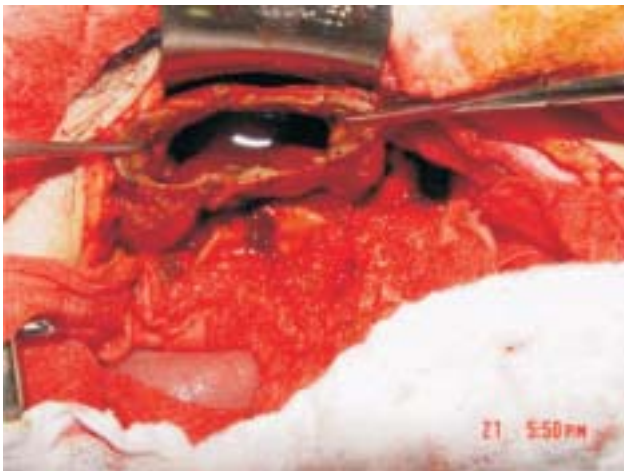


Figura 1



Figura 2

cia principalmente do tipo de tumor e de sua localização.⁽⁶⁾ A queixa mais freqüente é alteração do hábito intestinal. Nos tumores localizados no cólon direito os sintomas são diarreia (presença de massa na luz do cólon pode provocar aumento do peristaltismo e do número de evacuações) e dor vaga no abdome (síndrome dispéptica), já nos estádios mais avançados podem surgir anemia e seus sintomas associados, e tumor palpável no quadrante inferior direito. Nos tumores de cólon esquerdo obstipação intestinal progressiva, fezes afiladas, escuras ou eventualmente com sangue são mais freqüentes; também pode ocorrer alternância entre diarreia e constipação.^(5,6) Nos tumores de reto o sangramento é freqüente, misturado ou não com fezes, muco ou pús.^(1,6) O tenesmo acompanhado ou não de diarreia e sensação de evacuação incompleta são freqüentes.⁽⁶⁾

Fístulas êntero-vesicais apresentam variadas causas, mas as principais são: doença diverticular, neoplasia colorretal, de bexiga, útero e próstata, Doença de Crohn, trauma e radiação. Geralmente manifestam-se com infecção do trato urinário e menos comumente com pneumatúria e fecalúria. No momento do diagnóstico a cistoscopia pode identificar a localização da fístula na bexiga, mas a tomografia computadorizada (TC) é o exame mais usado atualmente nos casos de fístula êntero-vesicais, pois possibilita diagnóstico do segmento intestinal acometido e com grande possibilidade de identificação do local das fístulas.⁽⁸⁾

O envolvimento maligno secundário da bexiga se dá mais freqüentemente por extensão direta de lesões primárias em órgãos vizinhos, como o colo uterino, útero, próstata e reto, em ordem decrescente.⁽¹⁴⁾

Em estudo recente com 380 pacientes, complicações pelos tumores ocorreram em 9,7% dos casos (37 pacientes), sendo 20 casos (5,3%) de obstrução retal, 11 casos (2,9%) de fístulas (3 casos de fístulas retovaginais, 2 casos de fístulas retouterinas, 4 casos de fístulas retovesicais, 2 casos de fístulas retoileais) e 4 casos (1,1%) de perfuração intestinal com peritonite fecal. Na distribuição por décadas, verifica-se que as incidências de complicações foram as seguintes: 15,9% (13 casos) em década de 60, 10,7% (15 casos) na de 70, 7,8% (8 casos) na de 80 e 1,8% (1 caso) na década de 90. Nota-se 4 casos de fístula reto-vesical (1,1%), sendo esta complicação não encontrada na década de 90, e com decréscimo de complicações estatisticamente significativo ao longo das quatro décadas, provavelmente em decorrência de melhor assistência médica.⁽¹⁰⁾

Quando a partir dos dados da história se faz a suspeita de câncer colorretal, o exame mais importante é o proctológico, incluindo inspeção, toque (detecta a lesão retal e avalia o grau de infiltração na parede intestinal, auxiliando no estadiamento e na decisão da estratégia cirúrgica), anoscopia e retossigmoidoscopia, com biópsia da lesão, além do exame clínico do abdome.^(5,6,10) O enema opaco e a colonoscopia, além de corroborarem o diagnóstico feito pelo exame proctológico, têm como finalidade diagnosticar outras doenças associadas do intestino grosso, como cânceres colorretais e pólipos colorretais sincrônicos, além de outras doenças concomitantes. Há uma discreta diminuição do uso do enema opaco ao longo das últimas décadas, pelo conseqüente aumento do uso da colonoscopia, estatisticamente significativo ao longo das duas últimas décadas.

A pesquisa de sangue oculto nas fezes não integra o arsenal de diagnóstico, mas sim o exame de revisão periódica de pessoas acima de 40 anos de idade, sendo sua positividade um indicador para colonoscopia.⁽¹⁰⁾

O CEA eleva-se no câncer colorretal, principalmente nos estádios avançados. Níveis elevados no pré-operatório estão associados a pior prognóstico.^(5,9,15) Não deve ser utilizado como método de diagnóstico precoce, mas sim no acompanhamento de doentes operados ou em quimioterapia; elevações de CEA sugerem recidivas ou progressão da doença.^(5,15)

O estadiamento da doença fica a cargo de vários outros exames (radiografias simples de abdome, provas funcionais hepáticas e enzimas plasmáticas, marcadores tumorais, radiografias de tórax e de ossos, ultra-sonografias abdominais e pélvicas e endorretais, tomografias abdominais e pélvicas, ressonância magnética, cintilografia, citometria de fluxo, radioimunoensaios), laparoscopia, laparotomia exploradora, exame urológico, ginecológico e neurológico, e tantos outros específicos para cada caso.⁽¹⁰⁾

O tipo histológico mais freqüente é o adenocarcinoma.^(1,6,7,10,14) Pela própria natureza histológica, o adenocarcinoma é o câncer de maior incidência nos cólons e no reto com ocorrência entre 1,2% e 7,3%. Adenocarcinomas retais são carcinomas que desenvolvem a partir da proliferação ou hiperplasia das células epiteliais das glândulas mucosas (pólipos neoplásicos adenomatosos) ou das próprias vilosidades coriais das mesmas (pólipos adenomatosos vilosos ou papilares).⁽¹⁰⁾

A classificação anatomopatológica de Dukes é largamente utilizada e tem grande importância para o prognóstico dos doentes operados.^(6,14) Nesta classificação os tumores são divididos em três categorias: 1) Categoria A: Tumor limitado à parede do intestino, sem penetrar a serosa ou a gordura perirretal; 2) Categoria B: Tumor já penetrou até serosa ou a gordura perirretal, mas ainda não existe disseminação linfática; 3) Categoria C: Presença de metástases para os gânglios linfáticos.⁽¹¹⁾ Na classificação de Dukes modificada por Astler-Cooler, a categoria B pode ser dividida em B1 (tumor invade muscularis propria), B2 (invasão de tecido adiposo), B3 (invasão de órgãos adjacentes), a categoria C pode ser dividida em C1, C2 e C3, e indica comprometimento linfonodal, e a categoria D indica disseminação metastática à distância.^(5,9,12,14)

Há estudo demonstrando que a maioria dos casos de cirurgia de urgência encontra-se em um estágio avançado com comprometimento linfonodal, e na casuística nenhum desses pacientes encontrava-se no estágio A.⁽¹⁾

O objetivo primário do tratamento é a ressecção completa do segmento acometido juntamente com a drenagem linfática associada. Os tumores localizados na região do sigmóide e na porção superior do reto são ressecados pela via anterior, com remoção de cólon normal, tanto proximal como distal à lesão; as técnicas de sutura por meio de grampos possibilitam uma ressecção que poupa o esfíncter, e pode ser realizada numa alta porcentagem de casos. As lesões perfuradas são tratadas em geral com ressecção primária e colostomia seguida de fechamento subsequente alguns meses após a cirurgia, entretanto, alguns pacientes podem necessitar de uma colostomia permanente.⁽⁹⁾

O acompanhamento deve ser feito por no mínimo 5 anos, para se detectar precocemente recidivas locais ou a distância que sejam passíveis de tratamento.⁽⁶⁾ Existe trabalho recente mostrando significativa diferença estatística em relação às metástases observadas em cirurgias de urgência, em comparação com as observadas em cirurgias eletivas, o que realça a

importância do diagnóstico precoce e terapêutica radical para as neoplasias colorretais.⁽¹⁾ Devem ser realizados exames complementares seriados, acompanhado de exame físico minucioso. Estes exames são a colonoscopia, o ultra-som abdominal, radiografia de tórax, dosagem seriada do CEA, TC de abdome e pelve, e em casos de tumores retais, ultra-som endorretal. A periodicidade dos exames deve ser constante, especialmente nos dois primeiros anos de pós-operatório, quando a maioria das recidivas acontece.⁽⁶⁾

CONCLUSÃO

No caso acima relatado foi mostrado um adenocarcinoma colorretal, pouco encontrado na faixa etária deste paciente, que evoluiu com uma fístula para a bexiga. Fístulas entero-vesicais não apresentam como principal causa a neoplasia colorretal, bem como o envolvimento maligno secundário da bexiga pouco frequentemente se dá por extensão direta de lesões primárias do reto. Os sintomas iniciais como infecção urinária refratária à terapêutica, pneumatúria e fecalúria são patognômicos de comunicação entre o intestino e o aparelho urinário.⁽⁸⁾ Neste caso manifestou-se com infecção do trato urinário e com fecalúria, que é pouco comum no momento do diagnóstico deste câncer. Não foi encontrado descrito nenhum caso de presença de material alimentar como jaboticabas na cavidade da bexiga, como consequência de uma fístula reto-vesical. O tipo histológico revelou adenocarcinoma, o que não difere da literatura estudada. A classificação anatomopatológica de Dukes modificada por Astler-Cooler revelou estágio B3, mas nos casos de cirurgia de urgência há predomínio de estágio avançado, com comprometimento linfonodal, que não foi encontrado na peça cirúrgica. O acompanhamento pós-operatório deve ser rigoroso, pelo estágio avançado encontrado e pela maior presença de metástases observadas em cirurgias de urgência em comparação com as encontradas em cirurgias eletivas.

ABSTRACT: The colorectal cancer is a very frequent tumor and it is responsible for a high mortality. The main histological type found is the adenocarcinoma. Usually attacks rectum and sigmoid and the most common symptoms results from the bowels habit disturb. It is very uncommon to initiate with a fistula diagnosed between bowel and bladder. This case is about a 44-year-old man that had a fistula rectourinary and this toke to the diagnosis of a colorectal adenocarcinoma. The objective of this study is to report an uncommon manifestation of this type of neoplasm that showed up with an unusual complication in the moment of the diagnosis. Besides it is a revision of the Medical literature about this subject.

Key words: Colorectal cancer, adenocarcinoma, fistula.

REFERÊNCIAS

1. Anderi E Jr, Haddad MA, Agostinho AG, Dalaneze MC: Experiência de 14 anos no tratamento do câncer colorretal. Rev Bras Coloproct. 2001, 21: 148-52.
2. BRASIL, MS.- Informações Básicas de Saúde, 2001. (<http://www.datasus.gov.br>).
3. Deans, GT, Krukowski, ZH & Irwin, ST - Malignant obstruction of the left colon. Br.Jsurg. 81; p 1270-6; 1994.
4. Bosch, FX & Coleman, MP. Epidemiologia descritiva. Manual de Oncologia Clínica. Ed. Springer-Verlag, São Paulo, 1993, cap.2, pág.32-43.
5. Prado FC, Ramos JA, Valle JR, editores. Atualização Terapêutica. São Paulo: Artes Médicas; 2003.
6. Vieira OM, Chaves CP, Manso JEF, Eulálio JMR _ Clínica Cirúrgica - Fundamentos Teóricos e Práticos. 1ª ed., São Paulo, Editora Atheneu, 2001.
7. Santos CHM, Silva CN, Mijji LNO. Adenocarcinoma de Colon e Carcinoma Espinocelular de Canal Anal Concomitante. Relato de Caso e Revisão de Literatura. Rev Bras Coloproct, 2005; 25 (2): 162-164.
8. Silva FE; Scofano V; Ascoly MH; Arakaki Junior N; Reis OCA; Silva Sá MAG. Fístula êntero-vesical como complicação de linfoma intestinal. Rev Bras Coloproct, 2003; 23 (3): 200-204.
9. Goldman L, Ausiello D, editores. Cecil - Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
10. Cruz GMG; Ferreira RMRS; Neves PM. Cancer Retal: Estudo Demográfico, Diagnóstico e Estadiamento de 380 Pacientes Acompanhados ao Longo de Quatro Décadas. Rev bras Coloproct, 2004;24(3):208-224.
11. Dukes CE, Bussey HJ. The spread of rectal cancer and its effects on prognosis. Br J Cancer, 1958; 12:309-20.
12. Astler VE, Coller FA. The prognostic significance of direct extension of carcinoma of the colon and rectum. Ann Surg, 1954; 139:846-51.
13. Keighley MRB, Williams NS_Cirurgia do ânus, reto e colo. 1ª ed., São Paulo, Editora Manole, 1998.
14. Cotran RS, Kumar V, Collins T, editores. Robbins - Patologia Estrutural e Funcional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
15. Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editores. Sabiston - Tratado de Cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

Endereço para correspondência:
CLÁUDIO FERREIRA MENDONÇA
Av. Getúlio Vargas nº 127, Centro
CEP: 38400-299
Uberlândia- MG
E-mail: celimendonca@uol.com.br
Fax: (34)3234-2628