

Carcinoma Espinocelular de Reto: Relato de Caso

Squamous Cell Carcinoma of the Rectum: A Case Report

JULIANA MAGALHÃES LOPES¹; JULIANA BARRETO SALEM¹; FLÁVIA BALSAMO²; HERNÁN AUGUSTO CENTURIÓN SOBRAL¹; LETÍCIA SARMAHNO¹; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA³

¹ Ex- residentes do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis, SP; ² Assistente do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis- São Paulo, SP, TSBCP; ³ Chefe do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis, SP, TSBCP.

LOPES JML; SALEM JB; BALSAMO F; SOBRAL HAC; SARMAHNO L; FORMIGA GJS. Carcinoma Espinocelular de Reto: Relato de Caso. *Rev bras Coloproct*, 2010;30(1): 079-082.

RESUMO: O Carcinoma Espinocelular de Reto é entidade extremamente rara e seu comportamento biológico permanece desconhecido. O tratamento pode variar entre radio e quimioterapia isoladamente ou complementar ao tratamento cirúrgico. Relatamos caso de carcinoma espinocelular de reto superior, tratado com radio e quimioterapia, com regressão total da lesão.

Descritores: Carcinoma retal, carcinoma de células escamosas do reto, reto, câncer, tratamento.

INTRODUÇÃO

O Carcinoma Espinocelular (CEC) de reto é extremamente raro, sendo a incidência estimada entre 0,002 e 1% dos tumores malignos colorretais¹. Sua patogênese não está esclarecida e há algumas teorias para explicar sua etiologia².

As manifestações clínicas são semelhantes às do adenocarcinoma, assim como o prognóstico, principalmente quando os linfonodos são negativos. Quando estes estão comprometidos, o prognóstico é pior³.

A cirurgia como tratamento e a radio e quimioterapia primárias ou adjuvante não estão bem definidas devido a raridade desta entidade^{4,5}.

O objetivo deste estudo é relatar um caso de CEC de reto superior tratado exclusivamente com radio e quimioterapia e apresentar revisão da literatura.

RELATO DO CASO

M.H., 50 anos, masculino, há quatro meses com alteração do hábito intestinal de uma vez ao dia para uma vez a cada dois ou três dias, associada a fezes em

cíbalos, puxo, tenesmo e hematoquezia. Ao exame proctológico verificou-se lesão vegetante, friável e sangrante de reto localizada em parede ântero-lateral direita, entre 10 e 13cm da borda anal, púrpura. O estudo colonoscópico revelou-se normal até o ceco e confirmou a lesão previamente descrita, submetida à biópsia (Figura 1).

A anatomia patológica demonstrou tratar-se de carcinoma espinocelular pouco diferenciado, exame este repetido e confirmado (Figura 2).

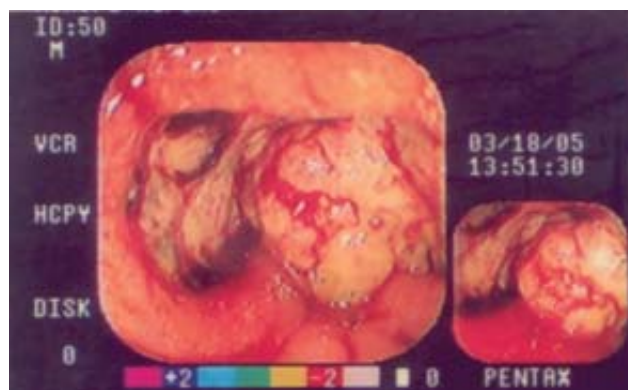


Figura 1 - Lesão vegetante de reto.

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis, São Paulo, SP - Brasil.

Recebido em 05/12/2009

Aceito para publicação em 27/12/2009

A tomografia computadorizada de abdome e pelve apresentou espessamento parietal do reto associado a borramento da gordura perivisceral (Figura 3) e lesões hipodensas hepáticas em ambos os lobos, sugestivas de cistos. A radiografia de tórax mostrou-se dentro da normalidade.

O paciente foi submetido à radioterapia com 5400 cGy e três ciclos de quimioterapia com paclitaxel (200 mg) e cisplatina (100 mg). Após oito semanas, foi realizada retossigmoidoscopia flexível até 25 cm da borda anal que demonstrou apenas fibrose anelar localizada a 10 cm da mesma. (Figura 4)

A biópsia seguida de estudo histo-patológico revelou retite crônica inespecífica, resultado repetido em biópsias após 20 e 32 semanas do tratamento. O estadiamento por tomografia após tratamento radioterápico confirmou remissão do espessamento retal. (Figura 5) Paciente mantém-se em seguimento oncológico regular e está assintomático há 1 ano.

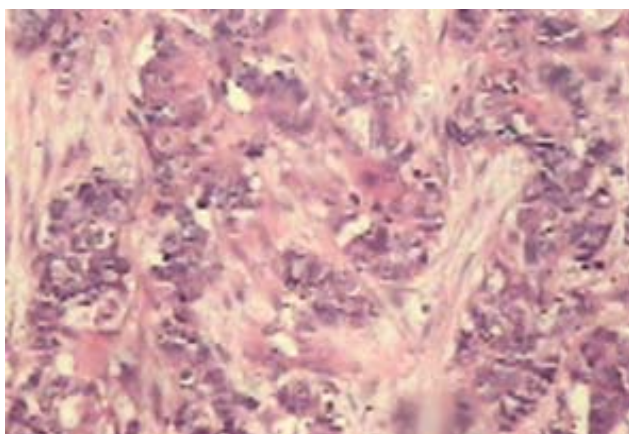


Figura 2 - Carcinoma espinocelular do reto-histologia.



Figura 4 - aspecto endoscópico após tratamento.

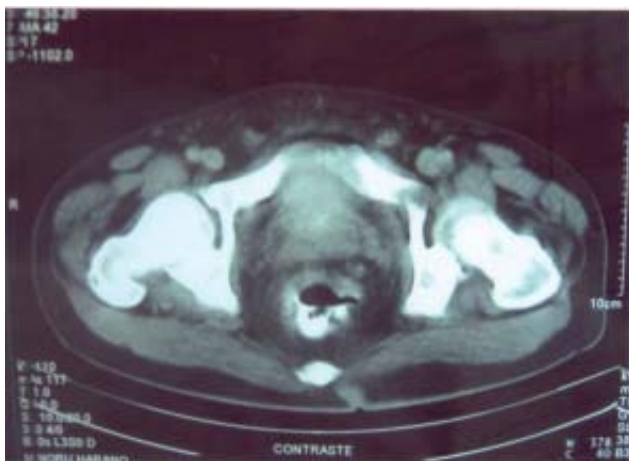


Figura 3 - Espessamento parietal do reto.

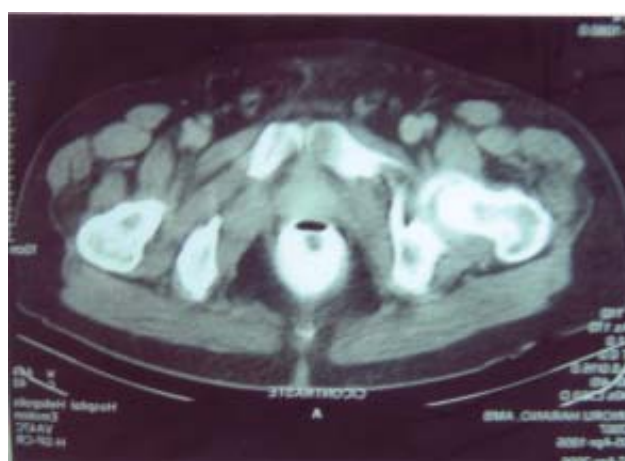


Figura 5 - aspecto tomográfico após tratamento.

nicho de células embrionárias confinadas ou não ao ectoderma, constituindo uma ectopia após a embriogênese ^{2,5}.

A sintomatologia é semelhante a do adenocarcinoma de reto: puxo, tenesmo e hematoquezia, como evidenciado no caso relatado, podendo iniciar-se em poucas semanas ou até meses ⁵.

A biópsia incisional ou excisional seguida de estudo anátomo-patológico é o único meio de diferenciar o carcinoma espinocelular do adenocarcinoma ⁵. No caso descrito, após identificação da lesão retal em exame proctológico, foi realizada biópsia com suspeita de adenocarcinoma. A anatomia patológica diagnosticou CEC de reto, sendo a lâmina encaminhada para revisão, confirmando o achado.

O prognóstico é semelhante ao do adenocarcinoma nos estádios I e II. Quando há linfonodos comprometidos, o prognóstico é pior do que o esperado para o adenocarcinoma no mesmo estágio ³. Parece ser mais invasivo localmente e envolver mais frequentemente os linfonodos regionais que o adenocarcinoma. Os locais mais comuns de metástases à distância são o fígado e o pulmão ⁶. Até

então, não foram detectadas lesões a distância no nosso caso.

A cirurgia tem sido o tratamento principal na maioria dos casos de CEC colorretal descritos, porém com base nos conhecimentos existentes de CEC de canal anal ⁷, foi optado por tratamento com quimio e radioterapia neste caso, ocorrendo regressão total do tumor. Como o CEC de canal anal é radiosensível, há possibilidade de radioterapia e/ou quimioterapia como tratamento exclusivo, adjuvante ou neoadjuvante ⁸. Na literatura revisada, foram encontrados poucos casos com regressão total da lesão após radio e quimioterapia apenas e em nenhum relato foram utilizadas as drogas paclitaxel e cisplatina.

Os resultados do tratamento são difíceis de serem analisados pela raridade do tumor, o que não afasta a possibilidade de tratamento curativo com radio e quimioterapia exclusivas ^{5,9}. Por outro lado, o seguimento oncológico regular permite a mudança de condução do caso, optando-se por ressecção cirúrgica em caso de recrudescimento da doença. Para esta conclusão será necessário maior seguimento deste paciente e maior número de casos.

ABSTRACT: Squamous cell carcinoma of the rectum is a extremely rare neoplasm and its biological behavior remains unknown. Treatment varies from surgery with and without adjuvant therapy to chemotherapy and radiotherapy alone. We present a patient with squamous cell carcinoma of the superior rectum who underwent chemo and radiotherapy exclusively, with total regression of the tumor.

Key words: Rectal carcinoma, rectal squamous cell carcinoma, rectum, cancer, treatment.

REFERÊNCIAS

1. Martinez-Gonzalez MD; Takahashi T; Leon-Rodriguez E; Gamboa-Dominguez A; Lome C; Garcia-Blanco MC; et al. Case report of primary squamous carcinoma of the rectum. *Rev Invest Clin* 1996; 48(6): 453-6.
2. Audeau A; Han HW; Johnston MJ; Whitehead MW; Frizelle FA. Does human papilloma virus have a role in squamous cell carcinoma of the colon and upper rectum? *Eur J Surg Oncol* 2002; 28(6): 657-60.
3. Frizelle FA; Hobday KS; Batts KP; Nelson H. Adenosquamous and squamous carcinoma of the colon and upper rectum: a clinical and histopathologic study. *Dis Colon Rectum* 2001; 44 (3): 341-6.
4. Agnostopoulos G; Sakorafas GH; Kostopoulos P; Grigoriadis K; Pavlakis G; Margantinis G; et al. Squamous cell carcinoma of the rectum: a case report and review of the literature. *Eur J Cancer Care* 2005; 14(1): 70-4.
5. Gelas T; Peyrat P; François Y; Gerard JP; Baulieux J; Gilly FN; et al. Primary squamous cell carcinoma of the rectum: report of six cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2002; 45(11): 1535-40.
6. Petrelli NJ; Valle AA; Weber TK; Rodriguez-Bigas M. Adenosquamous carcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1996; 39 (11): 1265-8.
7. Vezeridis MP; Herrera LO; Lopez JE; Ledesma EJ; Mittlemam A. Squamous cell carcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 188-91.
8. Rossi BM, Takagawa WT, Ferreira FO, Junior AS, Lopes A. Câncer de cólon, reto e ânus. In: Salvajoli JV, Anelli A, Chen MJ, Araújo BCB, editors. *Radioquimioterapia em carcinoma de canal anal*. 1a ed. São Paulo: Lemar e Tecmedd; 2004. p. 697-710.

9. Lafreniere R; Ketcham A. Primary squamous carcinoma of the rectum: report of a case and review of the literature. Dis Colon Rectum 1985; 28: 967-72.

Endereço para correspondência:

FLÁVIA BALSAMO
Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis
Rua Cônego Xavier, 276
Vila Heliópolis - São Paulo, S.P.
CEP: 04231-030
Tel.: (11) 2274-7600 (ramal 244)
E-mail: flabal@uol.com.br