

RELATO DE CASO

*Câncer colo-retal em adolescente: relato de um caso e revisão de literatura**

Kaiser de Souza Koch¹, Gustav Arno Auwaerter²

Introdução:

O câncer colo-retal é uma das formas mais comuns de neoplasia, sendo responsável por 15% das mortes por câncer.¹ É uma doença predominantemente de indivíduos idosos, sendo diagnosticada em 90% dos casos em pacientes acima de 50 anos.¹ É uma raridade entre as crianças e adolescentes, representando 1,5% do número de tumores sólidos malignos nessa faixa etária.² Esse fato nos despertou o interesse em relatar um caso ocorrido em nosso hospital.

Relato de caso:

Um adolescente de 15 anos de idade foi admitido no serviço de emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Tubarão-SC, com obstrução intestinal há 48 horas. Há 2 meses iniciou um quadro de anorexia, astenia e com alteração do hábito intestinal, tenesmo e sangramento retal. Ao exame físico o paciente se encontrava hipocorado com distensão abdominal, ruídos hidroaéreos aumentados, dor à palpação abdominal superficial e profunda, ausência de sinais de irritação peritoneal ou de visceromegalias. Nenhuma anormalidade em qualquer outro sistema foi encontrada. Nos exames solicitados na admissão foi evidenciado um Rx de abdômen apresentando “stop do ar em transição retossigmoideana”. O toque retal mostrou uma massa volumosa estenosante justa para uma polpa digital com início na linha pectínea projetando-se até o alcance do dedo fixa.

A tomografia computadorizada (figura 1) evidenciou extensa lesão estenosante retal, ocasionando processo obstrutivo intestinal com adenomegalias pararetais e infiltração de gordura local.



Figura 1 - Tomografia mostrando extensa lesão estenosante retal ocasionando processo obstrutivo intestinal.

O CEA pré-operatório foi de 18,55 ng/ml. Foram realizadas biópsias e feito uma colostomia às cegas de caracter desobstrutivo em sigmóide. O resultado do estudo histopatológico mostrou tratar-se de um adenocarcinoma indiferenciado com “células em anel de sinete”. O paciente então foi submetido à laparotomia exploradora, sendo evidenciado volumosa lesão tumoral estenosante até a transição retossigmoideana, ascite hemorrágica e implante neoplásicos no peritônio pélvico e serosa intestinal. Constatada a ressecabilidade da lesão realizou-se amputação abdomino perineal de reto (figura 2) associada à ressecção de vesículas seminais e peritonectomia pélvica parcial e apendicectomia, mantendo-se a sigmoidostomia em fossa ilíaca esquerda. O paciente recebeu alta no sétimo dia pós-operatório.

1. Colo-proctologista do Hospital Nossa Senhora da Conceição-Tubarão/SC. Professor da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Módulo do Sistema Digestivo e Metabólico do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

2. Acadêmico do 6º ano do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

* Trabalho realizado no Hospital Nossa Senhora da Conceição.

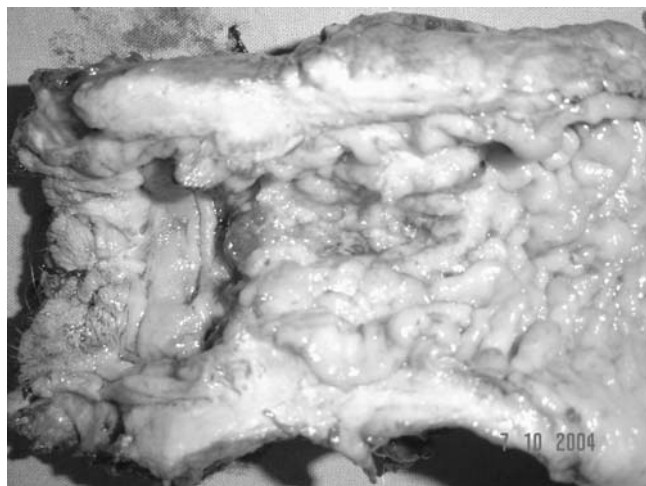


Figura 2 - Peça aberta de reto após amputação abdomino perineal.

O estudo histopatológico da peça evidenciou tratar-se de um adenocarcinoma mucinoso moderadamente indiferenciado infiltrativo, com invasão ganglionar e de vesículas seminais.

Após o primeiro mês de operação, o CEA mantinha-se em níveis elevados (17,46 mg/dl) e evidenciou-se o surgimento de adenopatias inguinais cujo histopatológico após a ressecção revelou metástase por adenocarcinoma em gânglios inguinais bilaterais. O paciente foi encaminhado para adjuvância paliativa pós operatória, apresentando evolução desfavorável, ocorrendo o óbito no quarto mês após o tratamento cirúrgico inicial, em decorrência de recidiva pélvica de carcinomatose intestinal.

Discussão:

O maior grupo de pacientes pediátricos estudados que foram relatados na literatura foi o do hospital de St. Judas Children (USA). Foram vistos dezesseis pacientes abaixo de 20 anos entre 1962 e 1977.² Caim e Longino³ demonstraram um aumento progressivo na incidência da doença em pacientes com mais de 10 anos de idade. Poucos relatos foram informados com crianças abaixo de 10 anos. Evidenciou-se uma relação de 2:1 em pacientes do sexo masculino em relação à feminina, em jovens apresentando carcinoma colo-retal, considerando que a distribuição de sexo é igual em adultos.⁴

De acordo com Goligher⁵, o prognóstico de crianças com esta doença é muito pobre e normalmente inoperável. As razões disso, segundo esse autor, são atribuídas à demora do diagnóstico, a fase avançada da doença e a indiferenciação histológica. Os sinais e sintomas de carcinoma do cólon na infância e adolescên-

cia não diferem dos encontrados nos adultos, mas por não se esperar tal diagnóstico nessa faixa etária, essa condição conduz os clínicos em direções diferentes do diagnóstico de malignidade.⁶ Nessa faixa etária há causas mais comuns de dor abdominal que o carcinoma colo-retal. A dor abdominal periódica afeta 10-15% de crianças de idade escolar, mas uma patologia orgânica é achada em apenas 10% destes casos. Em um estudo de uma série de carcinomas colo-retal publicadas por Brown *et al*⁷, o carcinoma colo-retal se apresentou como um grande simulador desses quadros com apenas um diagnóstico realizado.

Anemia por deficiência de ferro que é um marcador significativo nos adultos, isso já não apresenta tanta importância nas crianças devido a multifatoriedade das causas como má nutrição, infestação de parasitas e pólipos retais. O exame de sangue oculto é um procedimento não invasivo simples e se positivo deveria despertar suspeita e requerer investigações.⁸ Porém, o melhor diagnóstico é realizado por radiografia com enema de contraste e uma biópsia por endoscopia.⁹

Em crianças, a localização dos tumores ficou em igual proporção em todas as partes do cólon, considerando que em adultos localizam-se predominantemente no colon e reto.¹⁰ Middel Kamp e Haffner¹¹ revisaram a microscopia de carcinoma colo-retal em crianças e acharam adenocarcinoma com formação de anel de sinete em 48%, dez vezes mais freqüente que em adultos. Da mesma forma como ocorreu em nosso relato.

Este tipo de carcinoma é associado com o avançar da doença a um prognóstico pobre em crianças.¹² Johnson *et al*.¹³, acharam a incidência de lesões indiferenciadas e envolvimento de linfonodos distintamente mais alto em crianças que em adultos.

A ressecção completa é possível em menos de 40% dos casos, contra os 90% possível em adultos.⁴ Ressecção até mesmo paliativo é preferível, porque alivia a obstrução efetivamente e também diminui a carga de tumor.¹⁴ Anderson e Bergdah¹² relatam 79 casos de câncer de colon abaixo de 15 anos, a cirurgia curativa foi possível em 50% e palição para outros 25%. O nosso caso foi possível apenas a cirurgia paliativa pelo grau de evolução do quadro, confirmando a maior prevalência desse tipo de intervenção nessa faixa etária de pacientes.

Quimioterapia e a radioterapia não trazem um resultado paliativo efetivo ou curativo, quando usada.^{4,15}

O valor prognóstico do antígeno carcino-embriônico (CEA) é indeterminado em pacientes jovens.⁴

O caso relatado tem importância pois lembra que, embora raro e apresentando-se de uma maneira incomum, o carcinoma colo-retal acontece também em crianças e adolescentes. Todos os pacientes jovens apresentando evacuações com sangramento ou muco acompanhado de dor abdominal crônica deveriam sofrer um exame abdominal e retal de forma cuidadosa. O aparecimento de sintomas de patologias cirúrgicas mais comuns em criança deveria alertar o cirurgião sobre a possibilidade de uma patologia de colon distal.

Referências Bibliográficas

1. Parramore JB, Wei JP, Yeh KA. Colorectal cancer in patients under forty: presentation and outcome. *Am Surg* 1998; 64:563-7.
2. Pratt CB, Rivera G, Shanks E. Colorectal carcinoma in adolescents: implications regarding aetiology. *Cancer* 1977; 40:2472.
3. Cain AS, Longino LA. Carcinoma of the colon in children, *J Paed Surg* 1970; 5:527-31.
4. Gold-thorn JF, Powars D, Hays DM. Adenocarcinoma of colon and rectum in the adolescent. *Surgery* 1983; 93:409-14.
5. Goligher J. *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*, 5th ed. London: Balliere Tindall; 1985, 465-84.
6. O'Neill JA, Jr. Colorectal tumors. In: *Bensons Text Book of Paediatric Surgery. Fourth Edition*. Chicago, London: Year Book Medical Publisher Inc; 1986, 1020-1.
7. Brown RA, Rode H, Millar AJW. Colorectal carcinoma in children. *J Pediatr Surg* 1992; 27:919-21.
8. Middle Kamp JN, Haffner H. Carcinoma of the Colon in children. *Pediatrics* 1963; 32:558-61.
9. Gold-thorn, JF, Powars D, Hays DM. Adenocarcinoma of colon and rectum in the adolescent. *Surgery* 1983; 93:409-14.
10. Pratt CB, Rivera G, Shanks E. Colorectal carcinoma in adolescents: implications regarding aetiology. *Cancer* 1977; 40:2472.
11. Middel Kamp JN, Haffner H. Carcinoma of the colon in children. *Pediatrics* 1963; 32:558-62.
12. Anderson A, Bergdahl L. Carcinoma of the colon in children: a report of six new cases and review of literature *J Paed Surg* 1976; 11:967-71.
13. Johnson JW, Judd ES, Dahlin DC. Malignant neoplasms of the colon and rectum in the young persons. *Arch Surg* 1959; 79:365-72.
14. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1000 school children. *Arch Dis Child* 1958; 33:165-70.
15. Wolloch Y, Dintzman M. Carcinoma of the large intestine in children. *Am J Surg* 1974; 127:693-5.

Endereço para correspondência:

Kaiser de Souza Koch.
Rua: Antonina Burigo Corbeta, 649. Apartamento 401.
Bairro: Vila Moema - Tubarão-SC.
CEP: 88705-030
E-mail: kaiser@matrix.com.br