

NEOPLASIA COLORRETAL ATÉ 40 ANOS - EXPERIÊNCIA EM CINCO ANOS

ELISÂNGELA PLAZAS MONTEIRO¹, JULIANA BARRETO SALEM¹, ENZO MARTINS TAGLIETTI¹, IDBLAN CARVALHO ALBUQUERQUE¹, GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA¹

¹Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis, São Paulo, SP, Brasil

MONTEIRO EP, SALEM JB, TAGLIETTI EM, ALBUQUERQUE IC, FORMIGA GJS. Neoplasia colorretal até 40 anos - Experiência em cinco anos. *Rev bras Coloproct* 2006;26(2):156-161.

RESUMO: Neoplasia colorretal é incomum em menores de 40 anos, ocorrendo numa frequência de 2,1 a 14,6%. Neste estudo retrospectivo demonstramos a experiência com pacientes portadores de neoplasia colorretal, submetidos a tratamento cirúrgico ao longo de cinco anos. Dos 453 pacientes operados por neoplasia colorretal no período, 48 (10,6%) tinham 40 anos ou menos. A faixa etária média foi de 32,5 anos, predominando no sexo masculino (60,4%). O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de sete meses. História familiar foi positiva em oito (16,7%), negativa em 28 (58,3%) e desconhecida em 12 (25%). Sangramento foi o sintoma mais comum e o reto a principal localização (62,5%). Cirurgia com intenção curativa foi realizada em 30 casos (62,5%). A maioria encontrava-se em estágio III e IV (66,7%). O seguimento ambulatorial médio foi de 26,7 meses, ocorrendo 12 óbitos neste período.

Descritores: câncer colorretal; idade; pacientes menores de 40 anos; câncer; estadiamento

INTRODUÇÃO

A incidência de neoplasia colorretal vêm aumentando nos últimos anos, ocorrendo predominantemente na população idosa, sendo incomum em menores de 40 anos¹⁻³. De todos os cânceres colorretais, 2,1 a 14,6% ocorrem nesta faixa etária^{4,5}.

Jovens com câncer colorretal são considerados como tendo pior evolução, porém controvérsias ainda existem quanto às características destes tumores e prognóstico nesta população⁶. Atraso no diagnóstico, estadiamento da doença e agressividade do tumor

foram explicações sugeridas para a evolução desfavorável⁶.

Em virtude disto, o nosso objetivo foi demonstrar a experiência do serviço neste grupo de pacientes ao longo de cinco anos.

PACIENTES E MÉTODO

O estudo retrospectivo descritivo foi realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis, São Paulo - SP, entre janeiro de 2000 a janeiro de 2005, em pacientes com idade menor ou igual a 40 anos,

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

Recebido em 23/05/2006

Aceito para publicação em 09/06/2006

portadores de neoplasia colorretal e submetidos a tratamento cirúrgico.

Os dados foram coletados através de revisão rigorosa de prontuários. As variáveis analisadas foram idade, sexo, tempo entre início dos sintomas e diagnóstico, história familiar, sintomatologia, localização do tumor, tipo histológico, grau de diferenciação, percentual de mucina, conduta cirúrgica, estadiamento e seguimento ambulatorial.

Todos os pacientes foram submetidos a cirurgia por membros da mesma equipe e o estadiamento realizado de acordo com o sistema TNM do AJCC (American Joint Committee of Cancers). O seguimento foi realizado em ambulatório específico de câncer colorretal.

RESULTADOS

Dos 453 doentes operados com diagnóstico de câncer colorretal no período, 48 (10,6%) tinham idade menor ou igual a 40 anos. A idade variou de 18 a 40 anos com média de 32,5 anos (Tabela - 1), sendo 29 (60,4%) do sexo masculino e 19 (39,6%) do sexo feminino.

O tempo entre o início dos sintomas e admissão hospitalar foi em média de 7 meses. História familiar foi positiva em 8 (16,7%), negativa em 28 (58,3%) e 12 (25%) desconheciam antecedentes. Polipose adenomatosa familiar (PAF) esteve presente em 3 (6,2%) casos.

A grande maioria apresentava multiplicidade de sintomas, sendo os mais comuns sangramento (67,3%) e alteração do hábito intestinal (59,6%).

O reto foi a principal localização, 30 (62,5%) casos, sendo 14 no reto inferior, 11 no médio e 5 no superior. Das 18 (37,5%) lesões localizadas em cólon, 7 ocorreram no sigmóide, 6 no cólon direito, 4 no descendente e 1 no transversal (Figura -1). Tumores sincrônicos estiveram presentes em apenas um caso, com associação de neoplasia de cólon direito e sigmóide.

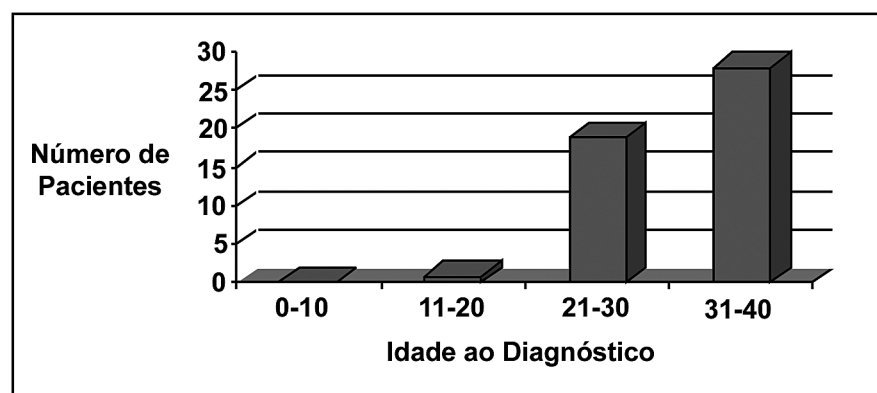
Quanto à diferenciação celular, 29 (60,4%) foram moderadamente diferenciados e os indiferenciados perfizeram um total de 12,5% (Tabela -2). A presença elevada de mucina foi encontrada em 14 (29,1%) casos de adenocarcinoma.

Foram realizadas nesta série 84 intervenções cirúrgicas, com média de 1,75 cirurgias por paciente. Cirurgia com intenção curativa foi feita em 30 (62,5%) casos. Ressecção com anastomose primária ocorreu em 23 (48%) e ostomia terminal em 17 (35,4%) casos. A cirurgia mais comum foi retossigmoidectomia anterior seguida pela amputação abdômino-perineal do reto (Tabela - 3). Três doentes foram submetidos a terapia neoadjuvante, 18 a terapia adjuvante e 5 receberam quimioterapia paliativa.

Quanto ao estadiamento pós operatório, oito (16,7%) pacientes encontravam-se em estágio I, 7 (14,6%) em estágio II, 19 (39,6%) em estágio III e 13 (27,1%) em estágio IV, sendo uma peça cirúrgica negativa após neoadjuvância (Tabela - 4).

A média de seguimento ambulatorial foi de 26,7 meses, com perda de oito casos por causa desconhecida. Não ocorreram óbitos no per operatório e 12 (25%) pacientes faleceram neste período (Tabela - 5).

Tabela 1 - Distribuição da incidência de câncer



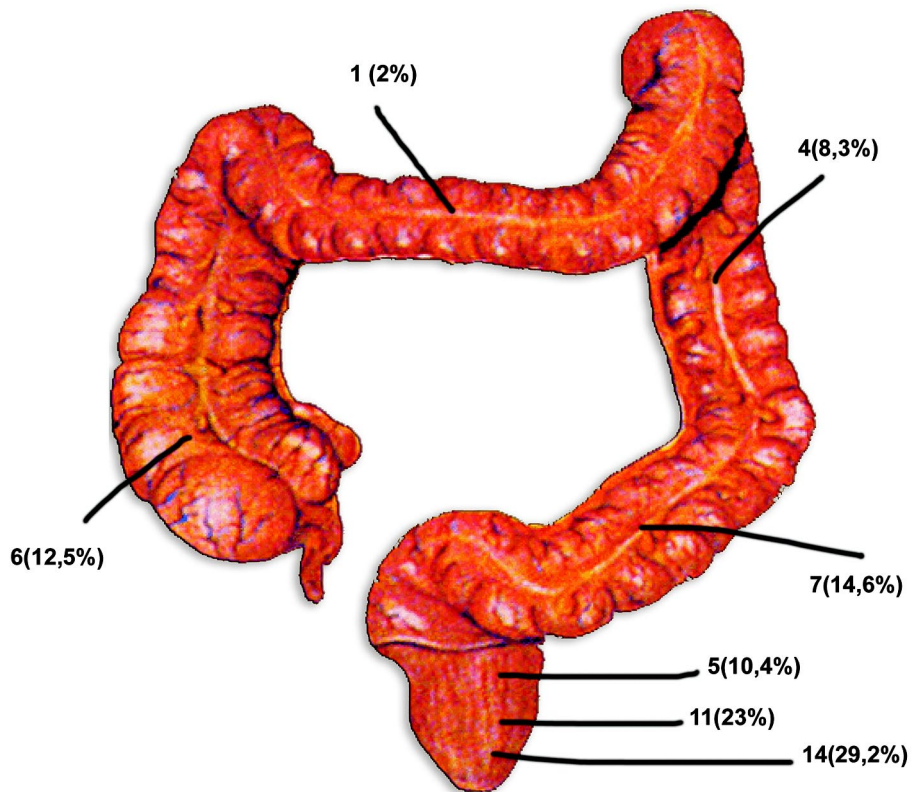


Figura 1 – Localização dos tumores nos cólons e reto.

DISCUSSÃO

O câncer colorretal é classicamente considerado como doença de indivíduos idosos, com pico de incidência na sexta década de vida⁷⁻⁹. Mais de 90% de todos casos de câncer de cólon e reto ocorrem em pacientes maiores de 50 anos^{3,10}. A incidência desta afecção na população jovem (menores de 40 anos) varia de 2,1 - 14,6%³⁻⁵, sendo encontrados em nossa

casuística 10,6%. Em menores de 30 anos a incidência encontrada na literatura é ainda menor (em torno de 1%)¹¹, nesta série ocorreu em 20 (4,41%) casos. A prevalência é ligeiramente maior em homens, com taxas médias de 1,2-3 homens / 1 mulher¹⁰. Observamos prevalência de 1,47 homens / 1 mulher. O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico varia de 2,3 a 10 meses^{3,6,10,12}; no grupo estudado foi de 7 meses, não significando atraso no diagnóstico.

Tabela 2 – Relação entre tipo histológico, grau de diferenciação e percentual de mucina.

Tipo Histológico	Número de casos	Diferenciação Histológica				Produção de mucina / cel em anel de sinete
		Bem diferenciados	Moderadamente diferenciados	Indiferenciados	Sem especificação	
Adenocarcinoma	48	7 (14,6%)	29 (60,4%)	6 (12,5%)	6 (12,5%)	14 (29,2%)

Tabela 3 – Intervenções cirúrgicas.

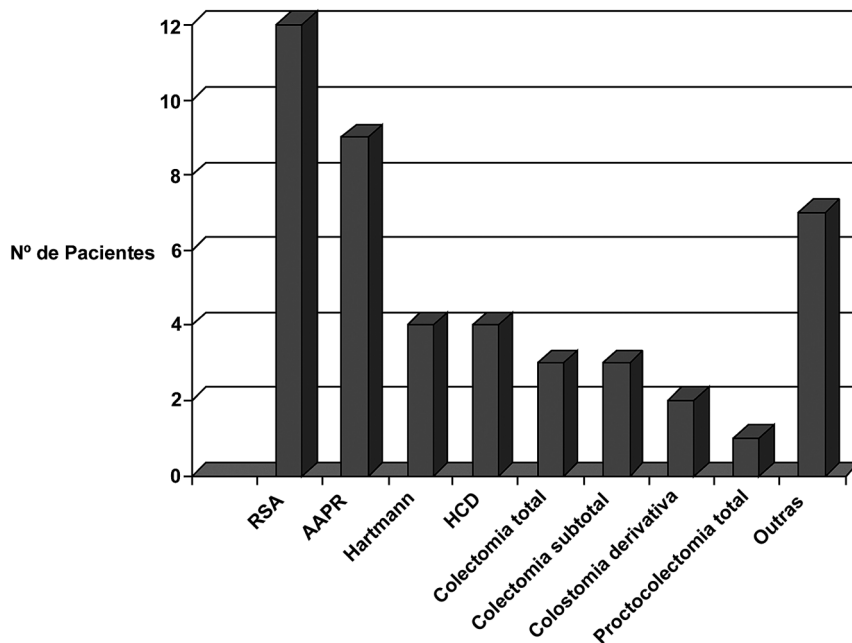


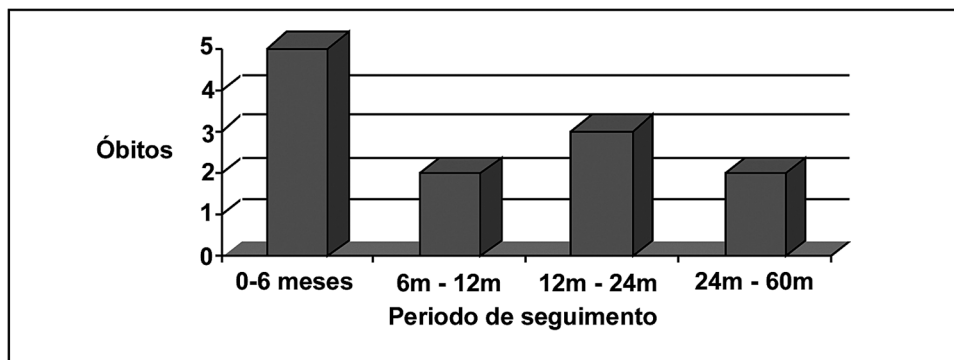
Tabela 4 – Distribuição segundo o estágio.

Estadiamento TNM	Número de pacientes / porcentagem
Estádio I	8 (16,7%)
Estádio II	7(14,6%)
Estádio III	19(39,6%)
Estádio IV	13(27,1%)

* 1 peça cirúrgica negativa pós neoadjuvância (2%)

A história familiar, bem como a associação síndrome do HNPCC (câncer colorretal hereditário não polipóide) e FAP (polipose adenomatosa familiar), é pouco observada, talvez devido às dificuldades de rastreamento³. Lee PY et al⁶ observaram 39% de fatores de risco associados, como doença inflamatória intestinal, pólipos e FAP, não encontrando casos de HNPCC. Os autores afirmaram ainda que traços de FAP estiveram associados a uma incidência de 58%

Tabela 5 – Óbitos durante o seguimento.



de câncer colorretal antes dos 28 anos. Liang JT et al¹³ não encontraram maior incidência de história familiar quando compararam jovens e idosos. mucinoso, ao passo que Lupinacci RM et al⁵ encontraram proporção de 28,8%, o que é semelhante ao encontrado neste estudo (29,2 % dos adenocarcinomas). Comparada à população geral, 10-20% dos adenocarcinomas são mucinosos²⁷. Os sintomas predominantes, nas séries analisadas, foram dor abdominal, sangramento e alteração do hábito intestinal^{3-6,9,14,15}. A multiplicidade de sintomas foi relacionada a pior prognóstico^{5,16}. Prognóstico melhor tem sido observado em tumores com localização em cólon direito¹⁷, e, quanto mais distal a localização tumoral, pior o prognóstico¹⁷. Observa-se maior predominância de envolvimento do reto^{5,6,14}, assim como encontrado por nós. Tumores sincrônicos ocorreram em 2% de nossos pacientes, taxa inferior à encontrada na literatura consultada^{6,18,19}. Numerosos estudos têm relatado que ao diagnóstico pacientes jovens encontram-se em estágio avançado, associado a um comportamento biologicamente agressivo e distribuição tumoral diferente, tem conferido pior prognóstico^{5,11,20-22}. Em nossa série, 66,7% encontravam-se em estágio avançado (III e IV) no momento do diagnóstico, semelhante ao encontrado na literatura. Em suas séries, Lee PY et al⁶ e Parramore JB et al³ encontraram incidência de doença avançada em 71% e 78% respectivamente. A incidência em doentes idosos, encontrada por outros autores, foi inferior ao grupo jovem, variando de 53 a 57%²³. Segundo alguns autores, o estadiamento no momento do diagnóstico foi o melhor indicador prognóstico^{24,25}. A maior proporção de doença avançada neste grupo vêm sendo atribuída a atraso no diagnóstico ou demora na procura ao médico^{19,26}. Adenocarcinoma mucinoso, em qualquer grau de diferenciação, é considerado como

fator localmente agressivo e de pior prognóstico^{9,15}. Kam MH et al² descreveram incidência de 18% de adenocarcinoma mucinoso, ao passo que Lupinacci RM et al⁵ encontraram proporção de 28,8%, o que é semelhante ao encontrado neste estudo (29,2 % dos adenocarcinomas). Comparada à população geral, 10-20% dos adenocarcinomas são mucinosos²⁷. Cirurgia com intenção curativa foi realizada em 62,5% dos casos, com ausência de óbitos per operatórios, indicando que tais pacientes toleram bem complicações cirúrgicas, dado compatível com a literatura consultada¹⁵. Durante seguimento médio de 26,7 meses, 36 a 50% dos pacientes evoluíram com recidiva neoplásica¹³. No mesmo período ocorreram 12 (25%) óbitos, seja por doença inicialmente avançada ou por recidiva tumoral.

CONCLUSÕES

Apesar de idade jovem sugerir ausência de neoplasia maligna, em nossa casuística, não foi observado retardo no diagnóstico em relação ao início dos sintomas, quando comparado ao tempo de diagnóstico em população mais idosa, encontrado na literatura. Isto sugere este fator como não sendo responsável pela maior agressividade dos tumores nesta faixa etária.

Ainda assim, a maioria dos pacientes encontrava-se em estágio mais avançado (III e IV), não sendo encontrada nenhuma variável relacionada a este achado.

Um elevado índice de suspeita, com análise cuidadosa da história familiar, aliada aos avanços da genética, podem influenciar positivamente no rastreamento e diagnóstico mais precoce destes pacientes.

SUMMARY: Colorectal cancer is an unusual disease in patients under 40 years of age, occurring with a frequency of 2.1 to 14.6%. In this retrospective study, we reviewed all patients with colorectal cancer under 40 years of age, submitted to surgery over a 5 year period. From all the 453 patients operated on with this disease at that period 48 (10.6%) were 40 years old or less. The average age was 32.5 years and the majority of patients were male (60.4%). The average time between the appearance of the symptoms and the diagnosis was 7 months. Family history was positive in eight (16.7%), negative in 28 (58.3%) and unknown in 12 (25%) patients. Rectal bleeding was the most important symptom and the rectum was the main location of the disease (62.5%). Thirty patients (62.5%) were submitted to curative surgery. The majority of patients (66.7%) presented the disease in advanced stages (III and IV). The average follow -up was 26.7 months with 12 deaths occurring in this period.

Key words: colorectal cancer; age; patients under 40 years; cancer; stage

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brown RA, Rode H, Millar AJW, Sinclair-Smith C, Cywes S. Colorectal carcinoma in children. *J Ped Surg* 1992; 27(7):919-921.
2. Kam MH, Eu KW, Barben CP, Seow Choen F. Colorectal cancer in the young: a 12-year review of patients 30 years or less. *Colorectal Dis* 2004; 6(3):191-194.
3. Parramore JB, Wei JP, Yeh KA. Colorectal cancer in young patients under forty: presentation and outcome. *Am Surg* 1998; 64(6):563-568.
4. Lupinacci RM, Campos FGCM, Araújo SEA, Imperiale AR, Seid VE, Habr-Gama A et al. Análise comparativa das características clínicas, anátomo-patológicas e sobrevida entre pacientes com câncer colo-retal abaixo e acima de 40 anos de idade. *Rev bras Coloproct* 2003; 23(3): 155-162.
5. Smith C, Butler JA. Colorectal cancer in patients younger than 40 years of age. *Dis Colon Rectum* 1989; 32(10):843-846.
6. Lee PY, Fletcher WS, Sullivan ES, Vetto JT. Colorectal cancer in young patients: characteristics and outcome. *The American Surgeon* 1994; 60(8):607-612.
7. Chantada GL, Perelli VB, Lombardi MG, Amaral D, Cascallar D, Scopinaro M et al. Colorectal carcinoma in children, adolescents, and young adults. *J Pediatric Hematol Oncol* 2005; 27(1):39-41.
8. Frizis H, Papadopoulos A, Akritids G, Frizis HR, Hatzitheoharis G. Are there any differences in colorectal cancer between young and elderly patients? *Tech Coloproct* 2004; 8S:147-148.
9. McGahren ED 3rd, Mills SE, Wilhelm MC. Colorectal carcinoma in patients 30 years of age and younger. *Am Surg* 1995; 61(1):78-82.
10. Drumond CA, Ferro RAF, Nogueira AMF, Profeta da Luz MM, Conceição AS, Silva RG et al. Câncer colorretal em pacientes com idade inferior a 30 anos. *Rev bras Coloproct* 2003; 23(3):147-154.
11. Gallagher EG, Zeigler MG. Rectal carcinoma in the second and third decades of life. *Am J Surg* 1972; 124:655-658.
12. Marble K, Banerjee S, Greenwald L. Colorectal carcinoma in young patients. *J Surg Oncol* 1992; 51:179-182.
13. Liang JT, Huang KC, Cheng AL, Jeng YM, Wu MS, Wang SM. Clinicopathological and molecular biological features of colorectal cancer in patients less than 40 years of age. *Br J Surg* 2003; 90:205-214.
14. Taylor MC, Pounder D, Ali-Ridha NH, Bodurtha A, MacMullin EC. Prognostic factors in colorectal carcinoma of young adults. *Can J Surg* 1988; 31(3):150-153.
15. Walton Jr WW, Hagihara PF, Griffen Jr WO. Colorectal adenocarcinoma in patients less than 40 years old. *Dis Colon Rectum* 1975; 19(6):529-534.
16. Polissar L, Sim D, Francis A. Survival of colorectal cancer in relation to duration of symptoms and other prognostic factors. *Dis Colon Rectum* 1981; 24(5):364-369.
17. Alici S, Aykan NF, Sakar B, Bututlar G, Kaytan E, Topuz E. Colorectal cancer in young patients: characteristics and outcome. *Tohoku J Exp Med* 2003; 199(2):85-93.
18. Enker WE, Dragacevic S. Multiple carcinomas of the large bowel. *Ann Surg* 1978; 187(1): 8-11.
19. MacGillivray DC, Swartz SE, Robinson AD, Cruess DF, Smith LE. Adenocarcinoma of the colon and rectum in patients less than 40 years of age. *Surg Gynecol Obstet* 1991;172(1):1-7.
20. Isbister WH, Fraser J. Large-bowel cancer in the young: a national survival study. *Dis Colon Rectum* 1990; 33(5):363-366.
21. O'Connell JB, Maggard MA, Liu JH, Etzioni DA, Ko CY. Are survival rates different for young and older patients with rectal cancer? *Dis Colon Rectum* 2004; 47(12):2064-2069.
22. Rao BN, Pratt CB, Fleming ID, Dilawari RA, Green AA, Austin BA. Colon carcinoma in children and adolescents. *Cancer* 1985; 55(6):1322-1326.
23. Frey CM, McMillen MM, Cowan CD. Representativeness of the surveillance, epidemiology, and end results program data: Recent trends in cancer mortality rates. *JNCI* 1992; 84:872-877.
24. Adloff M, Arnaud JP, Schloegal M, Thibaud D, Bergamaschi R. Colorectal cancer in patients under 40 years of age. *Dis Colon Rectum* 1986; 29(5):322-325.
25. Safford KL, Spebar MJ, Rosenthal D. Review of colorectal cancer in patients under age 40 years. *Am J Surg* 1981; 142:767-769.
26. Pitluk H, Poticha SM. Carcinoma of the colon and rectum in patients less than 40 years of age. *Surg. Gynecol Obstet* 1983; 157:335-337.
27. Symons DA, Vicfery Jr AL. Mucinous carcinoma of the colon and rectum. *Cancer* 1976; 37(4):1891-1900.

Endereço para correspondência:

GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA
Hospital Heliópolis - Serviço de Coloproctologia
Rua Cônego Xavier, 276 - Vila Heliópolis
04.231-030 - São Paulo-SP
Tel: (11) 2274-7600 (Ramal 244)
E-mail: eliplazas@terra.com.br