

Ressecção Alargada para o Adenocarcinoma Colorretal Localmente Invasivo – Relato de Caso e Revisão da Literatura

Enlarged Resection for Locally Advanced Colorectal Adenocarcinoma - Case Report and Literature Review

SERGIO HENRIQUE COUTO HORTA¹; JULIANA SUAREZ WOLF²; FLÁVIA BALSAMO¹;
LUIZ CARLOS NEVES DE OLIVEIRA³; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA⁴

¹ Médicos Assistentes do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis – TSBCP; ² Médica Residente do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis; ³ Chefe do Serviço de Urologia do Hospital Heliópolis; ⁴ Chefe do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis – TSBCP.

HORTA SCH, WOLF JS, BALSAMO F, OLIVEIRA LCN, FORMIGA GJS. Ressecção Alargada para o Adenocarcinoma Colorretal Localmente Invasivo - Relato de Caso e Revisão de Literatura. *Rev bras Coloproct*, 2009;29(1): 097-101.

RESUMO: O câncer colorretal localmente invasivo, que acomete por contiguidade estruturas adjacentes e sem metástases à distância, ocorre de 5 a 18% dos casos. São adequadamente tratados com ressecção do tumor e órgãos comprometidos em monobloco e margens livres. É relatado o caso de paciente de 27 anos, masculino, portador de adenocarcinoma de retossigmoide com extensa invasão para bexiga e ceco. Tratado com colectomia total, cistectomia radical em monobloco e ileostomia. O trânsito urinário foi reconstituído com reservatório ileal e anastomose com a uretra prostática. O estudo anátomo-patológico da peça cirúrgica revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, invasão perineural e invasão da parede da bexiga (T4, N0). Realizou no pós-operatório quimioterapia adjuvante, 6 ciclos, com 5-Fluorouracil e ácido folínico. Após 36 meses de seguimento, o paciente encontra-se livre de doença neoplásica, função urinária preservada, porém com ejaculação retrógrada.

Descritores: Câncer colorretal, tumor invasivo, bexiga, cistectomia, derivação urinária.

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é a quarta neoplasia maligna mais comum e a segunda causa de morte por câncer nos EUA¹. No Brasil é o quinto mais diagnosticado, sendo a quarta causa de morte por câncer, além de ser o mais frequente do tubo digestivo. O tipo histológico predominante é o adenocarcinoma². A sobrevida global em cinco anos de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico está em torno de 50%³. O CCR localmente invasivo (T4, TNM/AJCC)⁴, o qual acomete órgãos adjacentes por contiguidade, na ausência de metástases à distância, ocorre em aproximadamente 10% dos casos, sendo os sítios primários mais comuns o cólon sigmoide e o reto⁵. Nestes casos

é necessário a ressecção do tumor e das estruturas acometidas em monobloco, pois esta é a única opção terapêutica que pode oferecer a cura⁶⁻⁸. Os órgãos mais comumente invadidos são a bexiga, intestino delgado, útero, ovários/trompas e vagina⁹.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de adenocarcinoma da transição retossigmoide com extensa invasão para a bexiga e ceco, em paciente jovem, tratado com ressecção alargada, multivisceral e em monobloco.

RELATO DO CASO

WHB, 27 anos, masculino, há três meses com perda de peso e inapetência. Alteração do hábito intes-

Trabalho Realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis São Paulo – SP – Brasil.

Recebido em 01/07/2008

Aceito para publicação em 10/09/2008

tinal de uma para oito vezes ao dia com fezes diarreicas, mucorreia e hematoquezia. Dor abdominal em cólica na fossa ilíaca esquerda. Infecção urinária de repetição e episódios de hematuria.

Ao exame físico geral apresentava-se descorado +++/4 e emagrecido. Abdome assimétrico com abaulamento no hipogástrio, flácido, com massa dolorosa, fixa, de superfície irregular ocupando todo o hipogástrio e fossas ilíacas. Exame proctológico: observava-se a 16 cm da borda anal lesão úlcero-vegetante, fixa, circular, impérvia, friável e sangrante ao toque do aparelho, cujo estudo histopatológico da biópsia revelou adenocarcinoma túbulo-viloso. Exames de estadiamento: radiografia de tórax sem alterações, tomografia computadorizada de abdome e pelve evidenciou fígado sem metástases e massa tumoral de 20 cm em topografia de cólon sigmóide, ocupando toda a pelve, invadindo bexiga e vesículas seminais, sem linfonomegalias (Figura 1). Avaliação nutricional mostrou desnutrição proteico calórica de 3º grau: albumina 2,3 g/dl, hemoglobina 9,7g/dl e perda ponderal de 20%.

Realizada laparotomia exploradora onde confirmou-se o tumor de reto-sigmoide localmente invasivo, sem plano de clivagem com a bexiga, vesículas seminais e ceco, formando massa tumoral fixa de 20 cm de diâmetro (Figuras 2 e 3). Realizada colectomia total com sepultamento do coto retal e ileostomia terminal à Brooke, cistectomia radical e reconstrução do trânsito urinário com neobexiga ileal e anastomose com a uretra prostática (Figuras 4 e 5).

O estudo anátomo-patológico da peça cirúrgica revelou adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado invasivo até parede vesical (T4), invasão

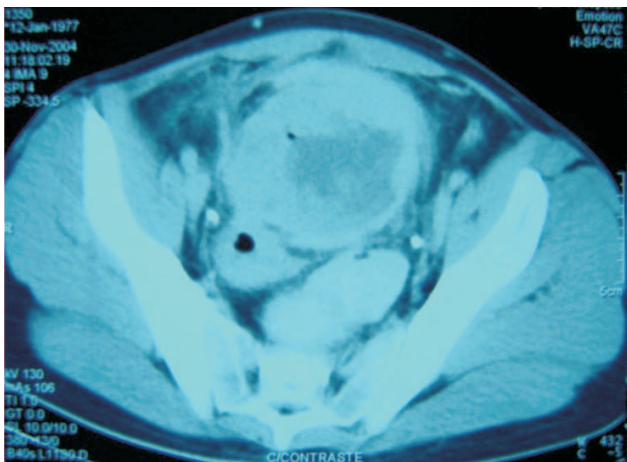


Figura 1 - Tomografia computadorizada de pelve.



Figura 2 - Peça fechada.



Figura 3 - Peça aberta.

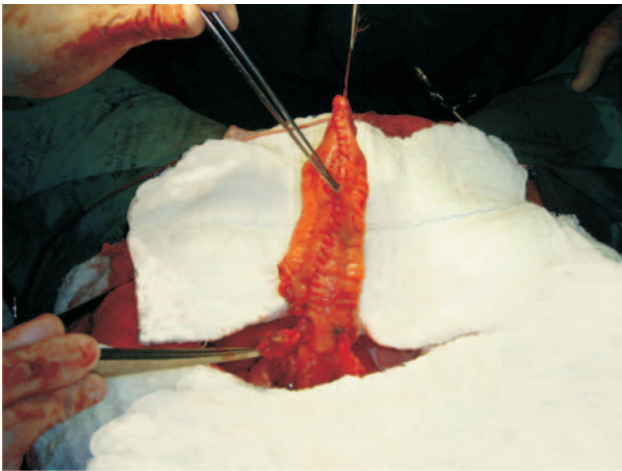


Figura 4 - Neobexiga e implantação ureteral.



Figura 5 - Anastomose íleo-uretra prostática.

perineural, margens cirúrgicas livres, sem linfonodos comprometidos (N0).

Realizou no pós-operatório quimioterapia adjuvante, seis ciclos, com 5-fluorouracil e Leucovorin. Seguimento de 36 meses sem sinais de recidiva locorregional ou metástases à distância. Apresenta continência urinária, ereção e ejaculação retrógrada.

DISCUSSÃO

O adenocarcinoma colorretal localmente invasivo (T4, TNM/AJCC)⁴ acometendo órgãos adjacentes por contigüidade, na ausência de metástases à distância, é melhor tratado com intenção curativa e para isto é necessário realizar ressecção alargada. A retirada em monobloco deve resultar em margens cirúrgicas livres^{10, 11}.

Com frequência não é possível avaliar com segurança, no transoperatório, se a infiltração ocorre por aderência inflamatória ou neoplásica. A violação da aderência resulta em piora do prognóstico e aumento da recidiva local, que pode chegar a 69%, enquanto a recidiva após ressecção em monobloco está em torno de 18%¹². No caso descrito a colectomia total e cistectomia radical foram realizadas em monobloco, obedecendo a este princípio oncológico.

Pacientes submetidos à ressecção alargada e que têm linfonodos comprometidos (T4N1M0, TNM/AJCC)⁴, apresentam menor sobrevida global quando comparados aos que apresentam linfonodos livres de neoplasia¹³. Barbosa-Silva et al. comparando a sobrevida em 28 meses de seguimento demonstraram 50% de sobrevida para pacientes sem linfonodos comprometidos e 10% quando estavam acometidos¹⁴. No caso descrito o estudo anátomo-patológico da peça cirúrgica demonstrou linfonodos livres de neoplasia, o que provavelmente contribuiu para não haver recidiva até o momento.

Ressecção limitada para tumores localmente invasivos resulta em 5% de sobrevida em cinco anos, índice baixo quando comparado à ressecção alargada, que tem 33% de sobrevida no mesmo período¹⁵. Os principais fatores que pioram o prognóstico das ressecções alargadas são comprometimento linfonodal, transfusão sanguínea e violação do tumor. Embora a morbidade pós-operatória seja maior que a cirurgia convencional, a abordagem em monobloco reduz a incidência de sangramento e contribui para melhores resultados, apresentando índices de recidiva local, tempo livre de doença e sobrevida global semelhantes aos casos que não requerem ressecção multivisceral^{7, 16}.

O CCR localmente invasivo para a bexiga (T4, TNM/AJCC)⁴ deve ser tratado com cirurgia radical. O melhor procedimento deverá ser determinado para cada caso, podendo ser necessária técnica cirúrgica complexa, aumentando a morbidade e mortalidade. O mais frequente é realizar cistectomia parcial em monobloco, no entanto em alguns casos será necessária cistectomia radical e reconstrução do trânsito urinário¹⁷⁻¹⁹. A reconstrução do trânsito urinário com conduto ileal foi descrito por Seiffert em 1935²⁰, ficando conhecida como procedimento de Bricker a partir de 1950²¹. Confecção de reservatório ileal e anastomose com a uretra, proposto por Comey e Le Duc²², é a melhor opção para a reconstrução do trânsito urinário, pois evita a realização de estoma urinário,

é mais fisiológica proporcionando baixa pressão do reservatório, alto volume de esvaziamento e continência urinária^{19, 23, 24}. No caso relatado foi necessário realizar cistectomia radical devido ao extenso comprometimento vesical e reconstrução do trânsito urinário com confecção de reservatório ileal e anastomose com a uretra prostática. O paciente encontra-se assintomático do ponto de vista urinário, apresenta ereção, orgasmo e ejaculação retrógrada.

O adenocarcinoma colorretal é uma doença predominantemente de indivíduos idosos. A maior parte dos estudos considera pacientes jovens com CCR abaixo dos 40 anos e a incidência varia de 2 a 6%^{25, 26}. Poucas séries têm relatos com pacientes abaixo dos 30 anos²⁷⁻²⁹. Há estudos que associam estadiamento avançado, maior frequência de metástases linfonodais e menor sobrevida nestes pa-

cientes^{30, 31}. No entanto, não há consenso se a idade precoce é fator de prognóstico adverso. Outras séries demonstram que não ocorre retardo no diagnóstico, e que os índices de sobrevida são semelhantes aos observados em portadores de câncer esporádico com mais de 40 anos^{25, 26}. No caso relatado o paciente estava com 27 anos quando do diagnóstico. Apesar de apresentar tumor localmente invasivo para a bexiga e cecum (T4) e invasão neural, estavam presentes fatores de melhor prognóstico, tais como linfonodos livres de neoplasia, ausência de metástases à distância e tumor moderadamente diferenciado, o que permitiu a ressecção ampliada. E, neste caso, o principal fator prognóstico, não está relacionado à idade, e sim à ressecção multivisceral e em monobloco, que proporcionou até o momento 36 meses de sobrevida livre de doença.

ABSTRACT: The locally advanced colorectal cancer compromises adjacent structures and do not disseminate distant metastasis, occur in 5 to 18% of patients. It is properly treated with tumour resection as well as other compromised organs in an “en bloc” resection with free margins. We report a 27 year old, male patient with colorectal adenocarcinoma invading the urinary bladder and cecum. He was treated with total colectomy associated with radical cystectomy and ileostomy. The urinary transit was established building an ileal reservoir anastomosed to the urethra. The tumour histopathologic study showed adenocarcinoma moderate differentiated, invading urinary bladder (T4N0). Postoperative treatment was 5-fluorouracil and folinic acid chemotherapy. After 36 months of outcome, patient is improving and preserves urinary function but has ejaculatory dysfunction.

Key words: Colorectal cancer, invasive, bladder, cystectomy, urinary derivation.

REFERÊNCIAS

1. Araújo SEA, Alves PRA, Habr-Gama A. Papel da colonoscopia no câncer colorretal. Rev Hosp Clin 2001;56(1):25-35
2. Bin FG. Rastreamento para câncer colorretal. Rev Assoc Med Bras 2002;48(4):286
3. Chiele Neto C, Tarta C. Câncer colorretal. In: Rohde L et al. Rotinas em cirurgia digestiva. 1ª ed. Porto Alegre : Artmed ; 2005. p.187-92
4. Wittekind CH, Wagner H. TNM Klassifikation Maligner Tumoren, 5th edition, Berlin, Springer,1997
5. Koea JB, Conlon K, Paty PB, Guillem JG, Cohen AM. Pancreatic or duodenal resection or both for advanced carcinoma of the right colon: is it justified? Dis Colon Rectum 2000;43:460-65
6. Vieira RAC, Lopes A, Almeida PAC, Rossi BM, Nadagawa WT, Ferreira FO et al. Prognostic factors in locally advanced colon cancer treated by extended resection. Rev Hosp Clin 2004;59(6): 361-8
7. Lehnert T, Methner M, Pollok A, Schaible A, Hinz U, Herfarth C. Multivisceral Resection for locally advanced primary colon and rectal cancer. Ann Surg 2002;235(2):217-25
8. Turk PS, Wanebo HJ. Results of surgical treatment of nonhepatic recurrence of colorectal carcinoma. Cancer 1993; 71(suppl 12):4267-77
9. Araújo SEA, Imperiale AR, Haddad L, Ferreira AV, Campos FGCM, Nahas CSR et al. Resultados das operações com ressecção alargada em 46 pacientes com câncer colorretal. Rev bras Coloproct 2004;24(2):131-6
10. Eldar S, Kemeny MM, Terz JJ. Extended resections for carcinoma of the colon and rectum. Surg Gynecol Obstet 1985;161:319-22
11. Lopes A, Rossi BM, Ferreira FO. Internal hemipelvectomy in the treatment of recurrent carcinoma of the colon. Report of a case. Dis Colon Rectum 1997;40:1504-7
12. Hunter JA, Ryan JA, Schultz P. En bloc resection of colon cancer adherent to other organs. Am J Surg 1987;145:67-71
13. Sugarbaker ED. – Coincident removal of additional structures in resections for carcinoma of the colon and rectum. Ann Surg 1946;123:1039-46
14. Barbosa-Silva T, Carvalho EES, Campos JEGO, Silva GS, Conceição AS, Lacerda-Filho A. Ressecção alargada em pacientes com câncer colorretal localmente invasivo. Rev bras Coloproct 2002;22(1):27-32

15. Butcher HRJr, Spjut HJ. Evaluation of pelvic exenteration for advanced carcinoma of lower colon. *Cancer* 1959;12:681-7
16. Nakafusa Y, Tanaka T, Tanaka M, Kitajima Y, Sato S, Miyazaki K. Comparison of multivisceral resection and Standard operation for locally advanced colorectal cancer: analysis of prognostic factors for short-term and long-term outcome. *Dis Colon Rectum* 2004;47:2055-63
17. Fujisawa M, Nakamura T, Ohno M, Miyazaki J, Arakawa S, Haraguchi T et al. Surgical management of the urinary tract in patients with locally advanced colorectal cancer. *Urology* 2002;60(6):983-7
18. Guimarães GC, Baiocchi Neto G, Rossi BM, Zequi SC, Bachega Jr. W, Aguiar Junior S, Ferreira FO, Lopes A. Reconstruction of urinary and gastrointestinal tracts in patients submitted to pelvic exenteration and sphincter preservation. *Applied Cancer Research* 2005;25(4):204-8
19. Manoharan M, Reyes MA, Singal R, Kava BR, Nieder AM, Soloway MS. Orthotopic ileal neobladder reconstruction for bladder cancer: is adjuvant chemotherapy safe? *Int Braz J Urol* 2006;32:529-35
20. Seiffert L. Die Darm – Siphonblase. *Arch Klein Chir* 1935;183:569
21. Briker EM. – Bladder substitution after pelvic evisceration. *Surg Clin North Am* 1950;30:1511-21
22. Camey M, Le Duc A. L'enterocystoplastie avec cystoprostatectomie totale pour cancer de la vessie. *Ann Urol* 1979 ;13 :114
23. Turner WH, Bitton A, Suder UR. Reconstruction of the urinary tract after radical cystectomy: the case for continent urinary diversion. *Urology* 1997;49:663-7
24. Benson MC, Slawin KM, Wechsler MH, Olsson CA. Analysis of continent versus standard urinary diversion. *Br J Urol* 1992;69:156-62
25. 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):156-61
26. 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):155-62
27. Drumond CA, Ferro RAF, Nogueira AMF, Profeta da Luz MM, Conceição SA, Silva RG, Lacerda-Filho A. Câncer colorretal em pacientes com idade inferior a 30 anos. *Rev bras Coloproct* 2003;23(3):147-54
28. Lewis CT, Riley WE, Georgeson K, Warren Jh. Carcinoma of the colon and rectum in patients less than 20 years of age. *South Med J* 1990;83:383-5
29. Mills SE, Allen MS Jr. Colorectal carcinoma in the first three decades of life. *Am J Surg Pathol* 1979;3:443-8
30. Simstein WL, Kovalcik PJ, CrossGH. Colorectal carcinoma in patients less than 40 years old. *Dis Colon Rectum* 1978;21:169-71
31. Safford KL, Spebar MJ, Rosenthal D. Review of colorectal cancer in patients under 40 years. *Am J Surg* 1981;142:767-9

Endereço para correspondência:

GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA
Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis
Rua Cônego Xavier, 276. Vila Heliópolis
04231-030 – São Paulo – SP
Fone: (11) 2274-7600 (ramal 244)
FAX: (11) 2274-7646