

CÂNCER COLORRETAL: O CÂNCER ESQUECIDO PELA MÍDIA. UM ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO REALIZADO EM HOSPITAL TERCIÁRIO – FORTALEZA/CE

FILIPE HERSON CARNEIRO RIOS¹; FELIPE DE LIMA MONTEIRO²; CARLOS MÁRCIO MELO DE MATOS²; JOSE ORLANDO DA COSTA FILHO²; FRANCISCO OSMAR DE SOUSA ARRUDA²; RAPHAEL FELIPE BEZERRA DE ARAGÃO³; FERNANDO HOLANDA COSTA JÚNIOR⁴

1 - Residente de Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. César Cals.

2 - Preceptor do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. César Cals.

3 - Coordenador da Residência de Cirurgia Geral e Preceptor do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. César Cals.

4 - Coordenador e Preceptor do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. César Cals.

Artigo submetido em: 02/02/2024

Artigo aceito em: 09/07/2024

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: fernandohcj@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O câncer colorretal é a malignidade do trato gastrointestinal mais comum e o terceiro tumor maligno mais frequente em todo o mundo. Apesar das melhorias no diagnóstico e tratamento, observa-se um número crescente de casos na população com faixa etária inferior a 50 anos. Considerando uma doença com formas de prevenção primária e secundária, estudar o perfil epidemiológico e clínico entra como ferramenta importante para planejamento em saúde pública. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo clínico-epidemiológico analítico, transversal e quantitativo, utilizando os prontuários relacionados ao Código Internacional de Doenças (CID-10) C18, C19 e C20, compreendidos entre 2017 e 2021, da enfermaria de Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. César Cals. **RESULTADOS:** A faixa etária inferior a 50 anos compreende 29 casos de 173 prontuários avaliados. A síndrome consumptiva foi relatada em 106 casos. A minoria dos paciente foram diagnosticados no rastreamento/assintomáticos. **DISCUSSÃO:** Um conjunto de fatores de risco como obesidade, sedentarismo, tabagismo e etilismo tenha relação com os casos precoces. Os tumores colorretais foram, em uma parcela considerável, diagnosticados em momentos tardios, decorrente da minoria dos paciente estudados terem sido diagnosticados em rastreamento. **CONCLUSÃO:** O câncer colorretal é um problema de saúde pública. Faz-se necessário ações integradas em saúde que envolvam a ampla divulgação na mídia para educação em saúde, o rastreio do câncer colorretal, a captação em tempo oportuno dos pacientes e o tratamento integrado em oncologia.

Palavras-chave: Câncer Colorretal, Epidemiologia, Características Clínicas.

ABSTRACT

Introduction: Colorectal cancer is the most common malignancy of the gastrointestinal tract and the third most common malignant tumor worldwide. Despite improvements in diagnosis and treatment, there is an increasing number of cases in the population under 50 years of age. Considering a disease with primary and secondary forms of prevention, studying the epidemiological and clinical profile is an important tool for public health planning. **Methods:** This is an analytical, cross-sectional and quantitative clinical-epidemiological study, using medical records related to the International Disease Code (ICD-10) C18, C19 and C20, between 2017 and 2021, from the surgery ward of the Hospital Geral Dr. César Cals. **Results:** The age group under 50 years old comprises 29 cases from 173 medical records evaluated. Consumptive syndrome was reported in 106 cases. The minority of patients were diagnosed during

screening/asymptomatic. Discussion: A set of risk factors such as obesity, physical inactivity, smoking and alcohol consumption are related to early cases. Colorectal tumors were, in a considerable proportion, diagnosed late, due to the fact that a minority of the patients studied had been diagnosed during screening. Conclusion: Colorectal cancer is a public health problem. There is a need for integrated health actions that involve wide dissemination in the media for health education, colorectal cancer screening, timely patient recruitment and integrated oncology treatment.

Keywords: Colorectal Câncer, Epidemiology, Clinical features.

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal é a malignidade do trato gastrointestinal mais comum e o terceiro tumor maligno mais frequente em todo o mundo, correspondendo a 11% de todos os cânceres diagnosticados ^(1,2). No sexo masculino, o câncer de próstata e pulmão precedem o colorretal em prevalência e, no sexo feminino, este é precedido pelo câncer de mama. Estima-se um aumento de 20% do número total de casos de câncer colorretal para 2030, com média de 2 milhões de novos casos por ano ⁽³⁾.

O adenocarcinoma é o mais frequente tipo histológico do câncer colorretal (aproximadamente 95% dos casos), seguido pelo tumor carcinoide, tumor gastrointestinal estromal (GIST), linfomas e sarcomas. Quanto ao achado patológico, o adenocarcinoma moderadamente diferenciado é o mais frequentemente diagnosticado na prática (70% dos casos), seguido pelo subtipo indiferenciado (20%) e o bem diferenciado (10%) ⁽³⁾.

Segundo CRUZ, et al (2007), a incidência desse câncer é ligeiramente maior nos homens do que em mulheres, com a maioria dos casos ocorrendo após a quinta década de vida, com média de idade de 68 anos nos homens e 72 anos nas mulheres ⁽⁴⁾. Nos países Europeus e no norte dos EUA, observa-se um crescimento constante no número de casos diagnosticados na população com menos de 50 anos, chegando a ter aumento de mais de 70% nos últimos 20 anos ^(5,6). Isso vêm impactando nas indicações de rastreamento do câncer colorretal, sendo proposto colonoscopia a partir dos 45 anos para todos os indivíduos, o que antes era indicado a partir dos 50 anos, excetuando-se pessoas com história familiar precoce e

síndromes hereditárias, como as síndromes polipoide familiar e a síndrome de câncer colorretal hereditário não-polipoide ⁽⁷⁾.

No Brasil, o número de casos novos do câncer colorretal também é destaque, sendo a segunda neoplasia, para ambos o sexos, com maior distribuição proporcional de novos casos no ano de 2020, excetuando os tumores de pele não melanoma, perdendo apenas para o câncer de próstata e mama. Foram estimados 20.520 casos novos/100mil habitantes para homens, e 20.470 casos novos/100mil habitantes para mulheres. Esta proporção mostra-se similar no Estado do Ceará, com discreto maior predomínio no sexo feminino, sendo 500 casos novos/100mil habitantes para homens e 590 casos novos/100mil habitantes para mulheres. Ademais, o câncer de pulmão, estômago e colo de útero ganha mais destaque nessa região, ficando o câncer colorretal em quarta posição no sexo masculino e feminino ⁽⁸⁾.

Além de fatores como síndromes hereditárias e história pessoal ou familiar, outros fatores de risco têm sido associados ao câncer colorretal tais como as dietas ricas em calorias e gorduras de origem animal e/ou carboidratos refinados, que estariam associadas a uma maior incidência deste câncer. Cita-se ainda a obesidade predominantemente abdominal, sedentarismo, resistência a insulina e diabetes como associados ao câncer, assim como tabagismo e etilismo. Ademais, observa-se que os paciente com doença inflamatória intestinal, após oito a dez anos do início dos sintomas, apresentam uma probabilidade aumentada de câncer. Outros fatores de risco incluem: exposição à radiação abdominal, fibrose cística, colecistectomia e tratamento de privação hormonal no câncer de próstata ⁽¹⁾.

Entretanto alguns fatores são considerados de proteção e medidas de prevenção são relatadas. Por exemplo, o consumo de frutas e vegetais parece reduzir a incidência de câncer de cólon distal. O consumo regular de peixe e ácido ômega 3 apresenta algum efeito protetor contra o desenvolvimento da neoplasia. A suplementação de cálcio ou a ingestão de uma dieta rica no mineral (laticínios não gordurosos) mostrou reduzir a incidência da malignidade, e, ainda, exercícios físicos regulares e o controle da obesidade também trazem um efeito preventivo ^(1,2).

Quanto aos medicamentos, a aspirina e anti-

inflamatórios não-esteroidais têm demonstrado reduzir a incidência do câncer colorretal em até 40%. Os mecanismos propostos incluem aumento da apoptose celular e inibição da ciclo-oxigenase ⁽²⁾, o que prejudica o crescimento de células tumorais. Ademais, o uso de estatina, como a pravastatina e sinvastatina, parecem mostrar benefício na prevenção do câncer. Entretanto, a recomendação de uso rotineiro desses medicamentos não é indicada, podendo ser individualizado em alguns casos, como nas síndromes hereditárias ⁽¹⁾.

O câncer colorretal ocorre nas formas hereditárias, esporádicas ou familiares. As formas hereditárias têm sido amplamente descritas e caracterizam-se pelo histórico familiar, início da doença nos jovens, presença de outros neoplasias concomitantes e mutações genéticas específicas. A polipose adenomatosa familiar e o câncer colorretal não-pólipos hereditário são exemplos dessas condições. O câncer colorretal esporádico ocorre na ausência de história familiar e, em geral, afeta uma população mais idosa (60 a 80 anos de idade) e costuma apresentar-se como uma lesão colônica ou retal isolada ⁽⁹⁾.

As mutações genéticas associadas ao câncer são limitadas ao próprio tumor, ao contrário da doença hereditária, na qual a mutação específica está presente em todas as células do indivíduo afetado. No entanto, a genética do início do câncer colorretal e a sua progressão prosseguem ao longo de vias muito similares, tanto nas formas hereditárias quanto nas formas esporádicas da doença ⁽⁹⁾.

A maioria dos cânceres colorretais localizam-se no colon esquerdo, com média de 70% dos casos. Destes, a região retossigmoideana é responsável por cerca de 60% dos casos. A incidência no colon direito tem sua distribuição maior no ceco e colon ascendente (cerca de 15% dos casos) ¹⁰. As mulheres são mais propensas a desenvolverem o câncer no colon direito, sendo isto associado a forma mais agressiva quando comparado ao colon esquerdo ⁽¹⁾.

Nas fases precoces, o câncer colorretal é totalmente assintomático e pode ficar assim por anos, o que pode ser encontrado em até 50% dos pacientes ao diagnóstico normalmente realizado no rastreamento. Os sintomas, quando ocorrem, usualmente se desenvolvem ao longo de meses a anos. Naturalmente, as manifestações variam

na dependência da localização do tumor. Encontramos em combinações variadas: sangramento (oculto ou exteriorizado) e anemia, dor abdominal, alteração do hábito intestinal (constipação ou diarreia) e a presença de massa abdominal palpável. Destacam-se a alteração do hábito intestinal e das fezes, além da cólica abdominal como os sinais e sintomas presentes em mais da metade dos pacientes ⁽⁴⁾.

O estadiamento acurado dos pacientes com câncer colorretal é importante, já que permite planejamento terapêutico adequado e definição do prognóstico. O estadiamento clínico é feito por meio de exame físico e complementar pré-operatórios. O estadiamento patológico é baseado em informações obtidas após a ressecção do tumor. O sistema de estadiamento padrão nos Estados Unidos é o TNM (tumor, linfonodos, metástases) do American Joint Committee on Cancer (AJCC), embora o antigo sistema de Dukes ainda possa ser encontrado na literatura ¹⁰. A maioria dos tumores diagnosticados encontravam-se em estágios iniciais, sem linfonodos acometidos (cerca de 70% dos pacientes), enquanto nos demais encontram-se metástases à distância e invasão linfática ⁽⁴⁾.

A base do tratamento do câncer colorretal é a ressecção cirúrgica, sendo evidente a existência de complicações pós-operatórias relacionadas. O tratamento cirúrgico objetiva a ressecção em bloco do tumor, com margens livres e linfadenectomia oncológica, podendo ser realizado através de laparoscopia ou cirurgia aberta. As técnicas cirúrgicas apresentam riscos de complicações e mortalidade, os quais tendem a ser maiores em procedimentos de emergência quando comparados aos eletivos, assim como em cirurgias abertas em relação aos procedimentos realizados por vídeo ⁽¹¹⁾.

Devido a variedade de técnicas cirúrgicas a depender da localização tumoral, as complicações podem envolver diversas condições inerentes aos procedimentos cirúrgicos, como febre, infecções do sítio cirúrgico, abscesso intra-abdominal, fístula estercorácea e deiscência de anastomoses, e complicações não relacionadas diretamente ao procedimento, como flebite, tromboembolismo profundo e pulmonar, infecção de vias urinárias e respiratórias, infarto agudo do miocárdio e insuficiência renal ⁽¹¹⁾.

Esses eventos pós-operatórios diferem na

incidência, mas todos são relevantes, porque aumentam a morbidade, efetivam a maior permanência hospitalar, aumentam os custos do tratamento, podem ser fatais e, quando a complicação é a deiscência da anastomose em pacientes operados de câncer do reto, os prognósticos das operações curativas pioram, pois esta complicação favorece a recidiva local ⁽¹²⁾.

É importante destacar que nas colectomias de colon transverso e descendente, a complicação mais comumente descrita são as aderências, que afetam quase 95% dos pacientes e são a principal causa de obstrução intestinal. Nas cirurgias de urgência, a complicação mais comum é a infecção, assim como deiscência de anastomose, que se não for identificada logo, pode evoluir com choque séptico por peritonite ⁽¹¹⁾. Ademais, em alguns casos, pode ser necessário a confecção de ostomia para maior segurança da cirurgia, e complicações relacionadas a este procedimento também são inclusas: prolapso de ostomia, hernia periestomal, dermatite periestomal, necrose de ostomia e desabamento ⁽¹¹⁾.

A identificação precoce é fundamental no tratamento das complicações pós-operatórias. Um estudo identificou, em 135 pacientes submetido a cirurgias de ressecção envolvendo o segmento colorretal, 65 deiscências (35%), sendo 8% com expressão clínica e 27%, apenas radiológica. Pesquisa semelhante, em 117 pacientes estudados, teve os seguintes resultados: foram identificadas 25 deiscências anastomóticas (21,3%), sendo 17 (14,5%) com significado exclusivamente radiológico e 8 (6,8%) com manifestação clínica, dentre as quais três pacientes (37,5%) foram reoperados ⁽¹²⁾.

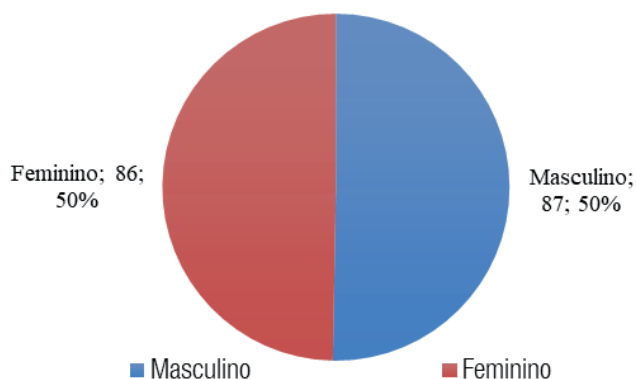
De forma geral, as complicações podem ser agrupadas em precoces e tardias. As precoces ocorrem num paciente afebril e pouco sintomático, dentro das primeiras 36 ou 48 horas depois da operação, são decorrentes do escape que ocorre por causa de defeito técnico na confecção da anastomose. Em geral, os pacientes seguem um pós-operatório com taquicardia, associado a inapetência, palidez cutânea e insistência em manter permanência no leito. Os exames laboratoriais são pouco elucidativos neste momento devido a resposta endócrina, metabólica e imunológica associada ao trauma cirúrgico, que podem mascarar uma infecção emergente. O exame físico nem sempre é conclusivo, sendo o exame radiológico contrastado feito com contraste iodado, solúvel em água, a escolha para

avaliar a anastomose ⁽¹²⁾.

As complicações tardias podem ser de dois tipos: as primeiras, cujas ocorrências, de fato, se estabelecem entre o quarto e oitavo dia do pós-operatório, e as segundas, que são descobertas até o final 30º dia ou no pós-operatório tardio, sendo então diagnosticadas por exame físico e de imagem (colonoscopia, ultrassonografia e tomografia de abdômen), ganhando destaque a estenose de anastomose. Quanto às primeiras, o diagnóstico é eminentemente clínico, considerando um paciente que evoluía bem nos dois primeiros dias após a operação, inicia um quadro de alterações insidiosas, as quais, muitas vezes, escapam da avaliação crítica do cirurgião e que são: taquicardia, taquipneia, apatia, inapetência, palidez cutânea, leucocitose e febre. Nesse contexto, é fundamental avaliar a anastomose cirúrgica e a presença de infecções associadas ao sítio cirúrgico ⁽¹²⁾.

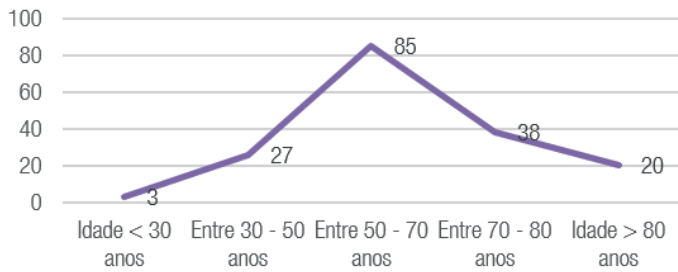
As melhorias no tratamento do câncer colorretal levaram a reduções na mortalidade, mesmo diante do aumento da incidência. Um grande fator colaborador tem sido a remoção de pólipos e medidas de detecção precoce do câncer, como colonoscopias, retossigmoidoscopias flexíveis, tomografia computadorizada e exames de sangue oculto nas fezes. O surgimento de testes mais sensíveis de triagem pode ter aumentado inicialmente as taxas de incidência devido ao diagnóstico de doença previamente não diagnosticada, mas, a longo prazo, reduziu a mortalidade graças à remoção de pólipos pré-

FIGURA 01 - Distribuição dos casos pelo sexo



malignos e/ou não disseminados. A taxa de sobrevivência relativa de 5 anos para câncer de cólon em estágios precoces chega a ser superior a 90%, contrastando a

FIGURA 02 - Distribuição dos casos pela idade



sobrevida inferior a 15% nos casos metastáticos ⁽¹⁾.

Compreende-se, portando, ser um tema de extrema relevância, tendo em vista que o câncer colorretal é uma patologia de alta prevalência no Brasil e no mundo, com tendência crescente nos últimos anos, caracterizando-se um problema de saúde pública. Logo, estudar o perfil dos pacientes assistidos em um hospital público terciário situado em Fortaleza-Ceará, fortalecerá informações para melhorias das condutas existentes e guia para planejamento de políticas públicas preventivas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico, do tipo transversal, quantitativo e retrospectivo. O estudo foi realizado no Hospital Geral Dr. César Cals e foram utilizados os prontuários do banco de dados da enfermaria de Cirurgia Geral. Foram incluídos todos prontuários dos

FIGURA 03 - Número de casos por fator de risco para câncer colorretal

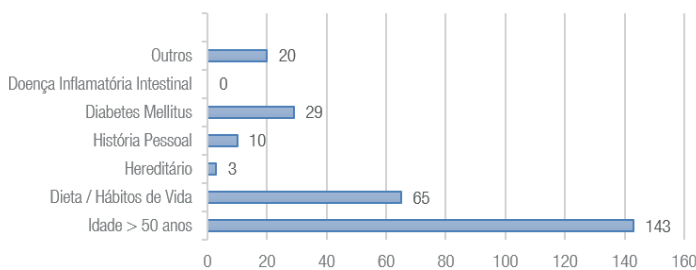
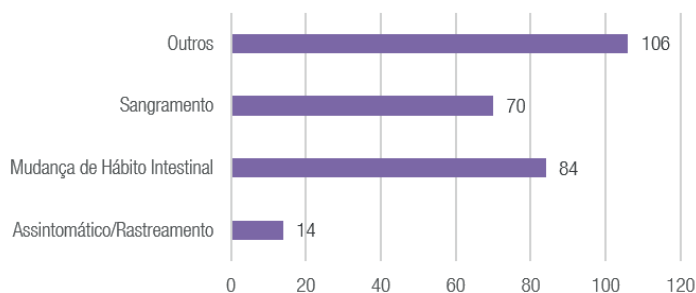


FIGURA 04 - Distribuição dos casos por sintoma



pacientes internados na clínica cirúrgica do Hospital Geral Dr. César Cals com Código Internacional de Doenças (CID-10) C18, C19 e C20, entre os anos de 2017 a 2021. Utilizou-se um instrumento de coleta de dados com continha as variáveis sócio-demográficas e clínicas, como: sexo, idade, fatores de risco, localização tumoral, sintomas ao diagnóstico, presença ou não de anemia, estadiamento patológico, tratamento realizado, complicações pós-operatórias e mortalidade.

FIGURA 05 - Localização dos tumores colorretais.

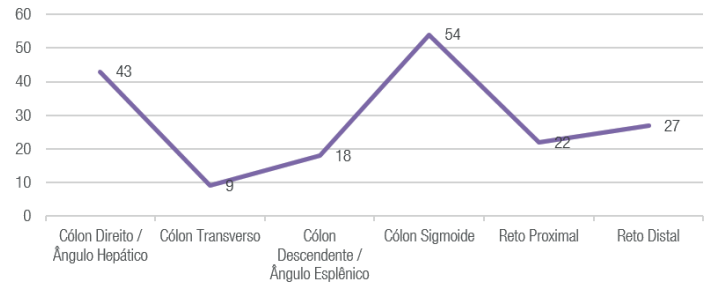
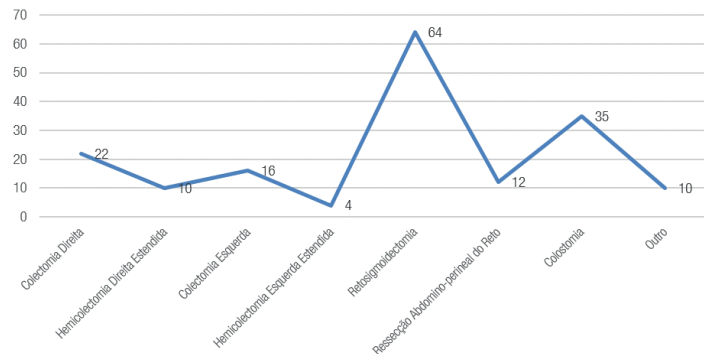


FIGURA 06 - Cirurgia realizada nos tumores colorretais



Os dados foram analisados e tabulados em planilha do Excel, obtendo valores absolutos e porcentagens. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Geral Dr. César Cals, respeitando os termos estabelecidos pela Portaria 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Pesquisa, que regulamenta a pesquisa científica em seres humanos.

RESULTADOS

Foram selecionados 265 prontuários eletrônicos de pacientes internados na clínica cirúrgica do hospital com diagnóstico de câncer colorretal entre 2017 e 2021. Em 92 prontuários, observou-se que não apresentavam informações no sistema de dados para coleta das informações. Por exemplo, não havia

FIGURA 08 - Tratamento complementar no câncer colorretal

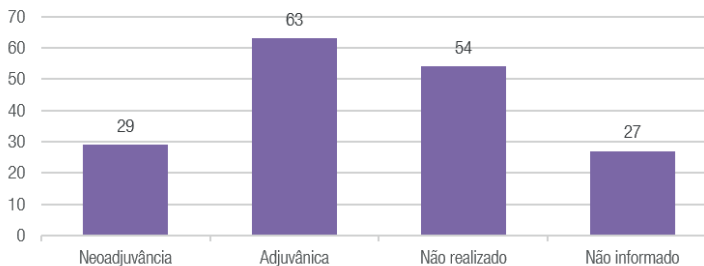
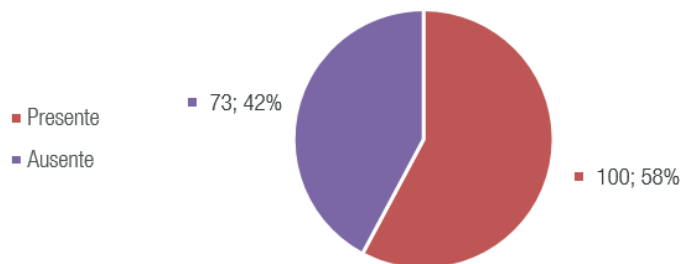


FIGURA 09 - Casos de câncer colorretal com anemia nos exames admissionais



especificação da localização do tumor e da cirurgia realizada, alguns prontuários apresentavam somente a idade do paciente e outros não havia registro da condição clínica e do desfecho do internamento. Estes prontuários estão datados no ano de 2017 e 2018, quando o sistema eletrônico de dados estava sendo abastecido no hospital e isto pode ter sido fator para comprometimento das informações. Foram, então, excluídos do estudo.

A prevalência entre os sexos foi, praticamente, a mesma em 173 prontuários avaliados (FIGURA 01). A idade, por sua vez, atingiu um pico de incidência entre 50 e 70 anos, mantendo valores menores em paciente com mais idade (FIGURA 02). É válido notar a relevância no diagnóstico de câncer colorretal no público com menos de 50 anos, atingindo valores superiores a paciente com idade superior a 80 anos e similar a casos com idade entre

FIGURA 10 - Complicações pós-operatórias

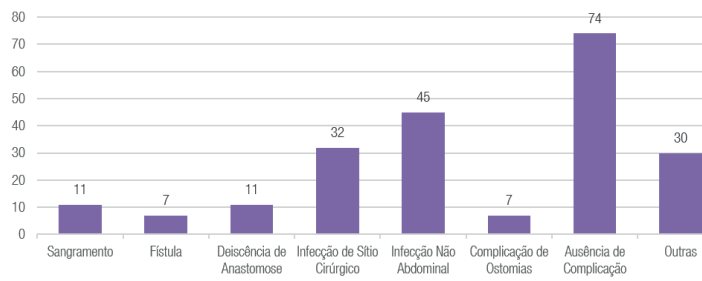
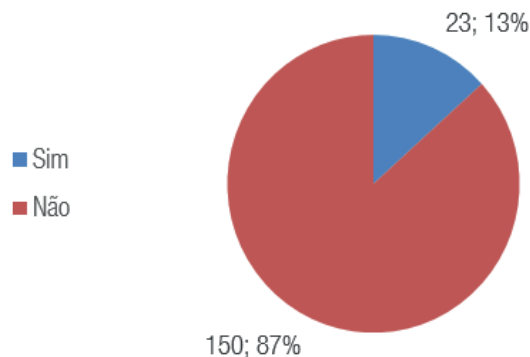


FIGURA 11 - Óbito pós-operatório



70 e 80 anos.

O principal fator de risco associado ao câncer colorretal evidenciado nos prontuários foi a idade superior a 50 anos, assumindo 82% (143 casos) dentre todos os fatores de riscos estudados (FIGURA 03). A dieta e os hábitos de vida assumem segunda posição de relevância, sendo o tabagismo e etilismo os principais citados (65 pacientes estudados). Diabetes e outros fatores, como sedentarismo e obesidade, apresentaram relevância similar, comparado com história pessoal e síndromes hereditárias que foram pouco citadas, não sendo obtido nenhum caso relacionado a doença inflamatória intestinal.

Houve relato de mudança de hábito intestinal e/ou sangramento intestinal baixo em praticamente 50% dos pacientes (FIGURA 04). Inclusive, os dois sintomas foram encontrados associados em muitos casos. Entretanto, a principal queixa foi perda de peso (superior a 10% em 6 meses ou 5% em 1 mês), hiporexia e dor abdominal, associados ou não entre si, relatados em 106 casos. Alguns tumores mais avançados apresentavam ainda massa abdominal palpável e uma minoria foi diagnosticada no rastreamento/assintomática.

A principal localização tumoral foi o cólon sigmoide, evidenciado em 54 pacientes (FIGURA 05). Associando os tumores de reto proximal aos de sigmoide, obtém-se a maioria dos tumores, visto em 58% dos casos. As demais localizações, em ordem de prevalência, foram os tumores de cólon direito (24%), cólon esquerdo (10%) e cólon transverso (5%). As cirurgias realizadas no tratamento das neoplasias, de certa forma, espelharam a localização tumoral, sendo retosigmoidectomia o principal procedimento cirúrgico descrito (FIGURA 06). Este procedimento, sozinho, é similar à soma de

todos os outros procedimentos cirúrgicos de ressecção, perfazendo 36% das descrições. É válido destacar as colostomias foram descritas em 20% dos casos e, outros procedimentos, como biópsias de peritônio, foram descritos em 5%.

Quanto ao estadiamento patológico, quatorze por cento dos pacientes encontravam-se em estágio I, 26% em estágio II, 19% em estágio III e 21% em estágio IV. (FIGURA 07) Importante destacar que em 34 prontuários avaliados não foi possível identificar o estadiamento patológico por não ter sido adequadamente registrado nas evoluções médicas. Quanto ao tratamento complementar, a maioria dos pacientes recebeu tratamento oncológico neoadjuvante (17% dos casos) ou adjuvante (36% dos casos). Os demais, ou não necessitaram de tratamento adjuvante (31%) ou não foi informado em prontuário (16%) (FIGURA 08).

A anemia, por sua vez, encontrou-se presente na maioria dos pacientes. Cinquenta e oito por cento dos casos apresentavam-se, na admissão hospitalar, com anemia confirmada em hemograma (FIGURA 09)

Analisando as complicações pós-operatórias (FIGURA 10), é válido destacar que 42% dos pacientes não tiveram nenhuma complicação pós-operatória, recebendo alta hospitalar após recuperação pós-operatória. A principal complicação relatada foi infecção não abdominal, como pneumonia e infecção do trato urinário, referida em 45 casos. Infecção de sítio cirúrgico foi citada em 32 prontuários e outras complicações, como íleo prolongado e distúrbio hidroeletrólítico, ficaram em terceiro lugar, referidas em 30 casos. As complicações menos comuns foram sangramentos, deiscência de anastomose, fistulas e complicação de ostomias. Treze por cento dos pacientes hospitalizados para tratamento de câncer colorretal vieram a óbito no mesmo internamento, relacionados com as doenças de base e/ou complicações pós-operatórias (FIGURA 11). Os demais, 150 pacientes, receberam alta para seguimento ambulatorial.

DISCUSSÃO

Considerando o total de casos registrados entre os anos de 2017 e 2021, o Hospital Geral Dr. César Cals atendeu um grande número de paciente com diagnóstico de câncer colorretal. Distribuindo igualmente os casos durante os anos, meses e semanas, encontramos 01 caso de câncer colorretal por semana internado, de forma

eletiva, para tratamento cirúrgico. Isso não considera os casos que são regulados para o hospital com diagnóstico sintomático, que durante o internamento, investigação e tratamento, evidencia-se um câncer colorretal, sendo, muitas vezes, operados em contexto de urgência. Em um estudo similar realizado no Maranhão ⁽¹³⁾, foram atendidos 455 casos de câncer colorretal no período de 04 anos, sendo este hospital do estudo referência em oncologia na região, o que não se aplica ao nosso caso. Já em outro estudo, o número de casos de câncer colorretal em um hospital de referência foram 224 em um período de 04 anos ⁽¹⁴⁾.

A distribuição entre os sexos foi similar, o que é concordante com outros estudos ¹³, apesar de terceiros mostrarem discreta prevalência no sexo feminino ⁽¹⁴⁾. A idade superior a 50 anos compreende a grande maioria dos casos de câncer colorretal, mas observa-se um número relevante de casos em paciente mais jovens, como relatado nas referências ⁽⁶⁾. Estudos anteriores apresentam valores de 13-14% de casos em paciente com menos de 50 anos de idade 13-14. Em nosso estudo, obtivemos um valor de 17%. Acredita-se que um conjunto de fatores de risco como obesidade, sedentarismo, tabagismo e etilismo tenha relação com o número crescente de diagnóstico de câncer colorretal na população com menos de 50 anos ⁽⁵⁻⁶⁾.

O grande fator de risco foi a idade superior a 50 anos, refletindo a própria prevalência do câncer nos pacientes com idade superior a 50 anos. Outros fatores de risco, como diabetes, dieta e estilo de vida, incluindo tabagismo e etilismo, sedentarismo e obesidade foram presentes em 45% dos prontuários, um número superior a outros estudos epidemiológicos que marcam em torno de 27% ⁽¹³⁾, provavelmente, porque nestes estudos um grande número de casos não apresentava os dados nos prontuários. Por outro lado, história pessoal e câncer colorretal hereditário foram pouco relatadas (inferior a 10%), comparado a valores superiores a 15% em estudos similares ^(13; 14). Isto pode ter relação com o registro dessa informação que depende do conhecimento do paciente sobre a condição ou do diagnóstico médico, ambos registrados em prontuário. Esses dados podem ser comprometidos em um estudo retrospectivo.

Interessante notar que o principal sintoma referido foi perda de peso, hiporexia e dor abdominal, compreendido em 61% dos pacientes. Em um estudo semelhante, esses sintomas foram evidenciados em

menos da metade dos pacientes ⁽⁴⁾. Acredita-se que os tumores colorretais foram diagnosticados em momentos tardios e a clínica prevalecia uma síndrome consumptiva. É válido destacar que a mudança do hábito intestinal e sangramento foram evidenciados em quase metade dos pacientes, concordantes com outros estudos ^(4,13), na qual esses sintomas são os principais elencados.

O estadiamento patológico mantém um padrão de diagnóstico tardio tumoral. Quarenta por cento era estágio III ou IV. Em um estudo com 490 pacientes ⁽⁴⁾, somente 10% dos casos foram diagnosticados em estágio IV e cerca de 70% diagnosticados em estágios iniciais. Um fator que pode ser associado a este diagnóstico tardio se deve a minoria dos pacientes estudados terem sido diagnosticados assintomáticos ou em rastreamento para câncer colorretal o que permitiria um diagnóstico e tratamento precoce do câncer. Em torno de 20% dos cânceres colorretais deveriam ter sido diagnosticados por rastreamento ou assintomáticos ⁽¹⁵⁾, o que encontramos somente 8% em nosso estudo. Além disso, a faixa etária entre 50 e 70 anos nos mostra a necessidade de início precoce da colonoscopia, como já destacado em outros trabalhos ^(5; 6). Considerando o tempo de 10 anos para transformação na sequência adenoma-adenocarcinoma, iniciar colonoscopia aos 45 anos é uma ferramenta válida e importante para o diagnóstico, interromper a sequência carcinogênica e tratar precocemente o câncer.

O rastreamento do câncer colorretal com colonoscopia é, particularmente, importante pois contém dois pontos-chaves no procedimento: a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. A prevenção é o tratamento das formas neoplásicas adenomatosas que impede a progressão genética para câncer colorretal e o diagnóstico precoce é evidenciá-lo em estágios iniciais pelo exame endoscópico, em muitos casos assintomáticos, e iniciar a propeidética para abordagem do câncer. Isso está relacionado à redução da morbidade e mortalidade ^(18; 19). Ademais, estudos já investigaram sobre a busca ativa de pacientes para realização de rastreamento comparado aos cuidados médicos usuais, sendo evidenciado redução na mortalidade relacionada ao câncer ⁽¹⁶⁾. Isso revela a necessidade de divulgar, amplamente na mídia, os benefícios do rastreamento na população e considerar a elaboração de programas em saúde pública em realizar busca ativa do público-alvo.

O etilismo e o tabagismo são associados não somente

ao surgimento do câncer, como ao seu desenvolvimento e agressividade ⁽²⁰⁾, o que pode também ter contribuído com o diagnóstico em estágio avançado. Ademais, não podemos deixar de mencionar que a COVID19 teve papel importante para atraso no diagnóstico e tratamento do câncer. Em um estudo que avaliou o impacto da pandemia nos anos de 2020 e 2021, considera que o adiamento das cirurgias e o atraso no início de quimio ou radioterapia pode trazer impactos na sobrevivência, estimando um aumento de mortes adicionais por câncer colorretal em 15% ⁽²¹⁾.

A anemia evidenciada nos exames admissionais guarda relação com o sintoma de sangramento referidos pelos pacientes. Porém, essa associação não seria capaz de, sozinha, promover anemia na maioria dos casos ⁽²²⁾, sendo sua etiologia multifatorial, podendo estar ou não associadas à doença (perda de sangue), excesso de destruição dos eritrócitos, ação mielossupressora e nefrotoxicidade de agentes radio e quimioterápicos, infiltração e fibrose medular pelo tumor, inadequada produção de eritropoetina, deficiências nutricionais, diminuição da utilização do ferro e infecções intercorrentes ⁽⁹⁻¹⁰⁾. A prevalência de anemia chega a 50% dos pacientes com diagnóstico de câncer em geral ⁽²²⁾.

A principal localização tumoral foi o cólon sigmoideu que, somado aos tumores de reto e cólon descendente, totalizam 69% dos casos, concordantes com outros estudos. Interessante notar que, nas cirurgias realizadas, ganham destaques as colostomias, sendo o segundo procedimento mais realizado. Muito se pode associar ao fato dos tumores serem diagnosticados em estágios avançados e o procedimento de colostomia ser a escolha para evitar uma reconstrução de trânsito após cirurgia ressectiva ou o tumor não ser ressecável e a derivação do trânsito ser a única opção cirúrgica. Em uma série de 130 pacientes com câncer colorretal operados em contexto de urgência 23, 42% dos pacientes foram operados e tiveram a confecção de uma ostomia. Em nosso estudo, esse valor atingiu a marca de 20%, devendo-se considerar que foram cirurgias realizadas de forma eletiva. Mas ostomia é uma realidade no câncer colorretal, mesmo em cirurgias eletivas. A maioria das colostomias confeccionadas são devidos tumores colorretais e são, principalmente, realizadas em cirurgias eletivas ^(24; 25).

Um ponto importante é que, apesar de 22 casos de tumores de reto distal alcançáveis ao toque retal, somente

12 casos foram encaminhados para ressecção abdomino-perineal, sendo o restante submetido a retossigmoidectomia após downstage com neoadjuvância. A neoadjuvância foi indicada para todos os casos de tumores de reto distal e alguns casos de reto proximal extraperitoneal e isso pode garantir ressecções cirúrgicas oncológica e mantendo funcionalidade esfinteriana ao paciente ^(5; 6; 19). A adjuvância foi a principal forma de tratamento complementar, refletindo o cenário de tumores de cólon diagnosticados em estádios mais avançados, uma vez que tumores em estágio I e alguns em estágio II não necessitam de tratamento complementar ^(5; 6; 19). Muitos dos pacientes que não realizaram tratamento quimioterápico, na verdade, não tinham status performace para tolerar as medicações, sendo contra-indicada. É válido ressaltar, ainda, o fato de 16% dos pacientes operados não tiveram registro em prontuário se foi indicado ou não o tratamento complementar. Isso reflete uma realidade que muitos pacientes atrasam o tratamento oncológico por demora na marcação da consulta com oncologista clínico, uma realidade que atinge mais da metade dos pacientes que não residem no município na qual foi tratado ⁽²⁶⁾. Não somente fatores geográficos, mas sociodemográficos e clínicos podem estar envolvidos. Isso compromete diretamente a sobrevida livre de doença ⁽²⁶⁾.

A principal complicação de paciente internado ainda são as infecções pulmonares ⁽²⁷⁾, e isto mostrou como sendo a realidade nos pacientes em pós-operatório de cirurgia de câncer colorretal, não deixando de mencionar que também a taxa de infecções do trato urinário no pós-operatório que pode ter relação com o cateterismo vesical de demora rotineiramente realizado nesses procedimentos. Embora não tenham sido as principais causas de óbito pós-operatório, essas infecções prolongaram internamentos e comprometeram o início precoce de tratamento complementar, quando indicados ⁽²⁷⁾. Considerando que a classificação da cirurgia em limpa-contaminada, contaminada ou suja, a infecção de sítio cirúrgico foi outra complicação relevante e condizente com perfil do procedimento. A infecção de sítio cirúrgico encontra-se presente entre 3% a 11% para cirurgias limpa-contaminada, 10% a 17% para cirurgia contaminadas e superior a 30% em cirurgias sujas 5-6. Em nosso estudo, 18% das cirurgias apresentaram infecção de sítio cirúrgico. Em uma série de 178 cirurgias de colon 28, a taxa de infecção de sítio cirúrgico foi de 15%, valor semelhante ao que encontramos. As complicações potencialmente mais graves como sangramentos e deiscências entraram

como a minoria dos casos mas foram relacionadas, principalmente, aos óbitos pós-operatórios. Muitos pacientes com comorbidades, como diabetes, obesidade e hipertensão, apresentaram outras complicações como íleo prolongado e distúrbio hidroeletrólíticos, totalizando 17% dos casos. Um estudo norte-americano retrospectivo com 17.000 casos ²⁹ identificou o íleo prolongado em 17% dos pacientes, aumentando o tempo de internamento em 29% e o custo hospitalar em 15%.

A taxa de óbito, comparada a outros estudos, manteve o padrão esperado para os pacientes operados com câncer colorretal ^(13; 14). Por outro lado, em um estudo com 97 pacientes operados de câncer colorretal, a taxa de óbito foi somente de 6% ³⁰, porém os estádios clínicos de mais de 60% dos casos era inicial e nenhum dos pacientes apresentava estágio IV.

CONCLUSÃO

O câncer colorretal é um problema de saúde pública. Faz-se necessário ações integradas em saúde que envolvam rastreio do câncer colorretal, captação em tempo oportuno dos pacientes e tratamento integrado em oncologia, que possibilite o seguimento contínuo e evite a descontinuidade do tratamento.

Este estudo possibilitou a descrição do perfil dos pacientes acometidos com câncer colorretal, dando ênfase para casos de câncer em pacientes jovens, diagnóstico tardio do câncer e a minoria dos casos terem sido detectadas durante rastreamento ou assintomáticos. Faz-se necessário, portanto, disseminação ampla do rastreamento da doença, difundindo nas redes sociais, em campanhas, nos estabelecimentos de saúde e em outros relacionados sobre a importância da prevenção do câncer e seu diagnóstico precoce, enfatizando a extrema relevância que a doença continua sendo na saúde pública: a neoplasia mais comum do trato gastrointestinal, jamais deixando, portanto, tornar-se esquecida na mídia social. Ademais, há necessidade de fornecer informações sobre a mudança do estilo de vida, hereditariedade do câncer colorretal, educação em saúde sobre sinais e sintomas da doença que possibilite o acesso aos serviços de saúde com ágil identificação e tratamento dos casos.

Dessa forma, será possível realizar medidas de prevenção e tratamento precoce do câncer, vinculando o paciente em uma rede de tratamento em oncologia, que garanta a continuidade do tratamento e seguimento dos

casos, reduzindo, a morbidade e mortalidade relacionada a esta doença.

REFERÊNCIAS

1. Rawla P, Sunkara T, Barsouk A. Epidemiology of colorectal cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Gastroenterology Review*. 2018;14(2).
2. Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer A, Fedewa SA, Butterly LF, Anderson JC, et al. Colorectal cancer statistics, 2020. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2020 Mar 5;70(3).
3. Mattiuzzi C, Sanchis-Gomar F, Lippi G. Concise update on colorectal cancer epidemiology. *Annals of Translational Medicine [Internet]*. 2019 Nov 1;7(21).
4. Magela G, Da Cruz G, Santana J, Kely S, De A, Santana A, et al. Câncer Colônico -Epidemiologia, Diagnóstico, Estadiamento e Gradação Tumoral de 490 Pacientes Epidemiology, Diagnosis, Staging and Graduation of Colon Cancer in 490 Patients [Internet].
5. Siegel RL, Jakubowski CD, Fedewa SA, Davis A, Azad NS. Colorectal Cancer in the Young: Epidemiology, Prevention, Management. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*. 2020 May;(40):e75–88.
6. Vuik FE, Nieuwenburg SA, Bardou M, Lansdorp-Vogelaar I, Dinis-Ribeiro M, Bento MJ, et al. Increasing incidence of colorectal cancer in young adults in Europe over the last 25 years. *Gut*. 2019 May 16;68(10):1820–6.
7. Ahmed M. Colon Cancer: A Clinician's Perspective in 2019. *Gastroenterology Research*. 2020;13(1):1–10.
8. Estimativa/2020: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2019.
9. Townsend CM, R Daniel Beauchamp, B Mark Evers, Mattox KL, Christopher F. Sabiston textbook of surgery : the biological basis of modern surgical practice. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2017.
10. Doherty GM, et al. *Current Cirurgia: Diagnóstico e Tratamento*. Brasil: Lange; 2017.
11. Paes BP, Gouveia ALB, De Barros ABSR, Pereira ACC, Do Nascimento BP, Velho GCM, et al. Análise das complicações pós-operatórias de câncer colorretal / Analysis of post-operative complications of colorectal cancer. *Brazilian Journal of Development*. 2021 Jul 13;7(7):70884–96.
12. Santos Jr JCM. Complicações pós-operatórias das anastomoses colorretais. *Revista Brasileira de Coloproctologia*. 2011 Mar;31(1):98–106.
13. Sardinha, Ana Hélia de Lima; Nunes, Priscila Praseres; Almeida, Joelson dos Santos. Epidemiologic profile of colorectal cancer cases in a cancer hospital in Maranhão, Brazil. *O Mundo da Saúde*, [S.L.], v. 45, p. 606–614, 1 jan. 2021.
14. Girardon, Dener Tambara; Jacobi, Luciane Flores; Moraes, Anaelena Bragança de. Epidemiologia de pacientes com câncer colorretal submetidos a tratamento cirúrgico em hospital público de referência. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 01-15, 16 fev. 2022.
15. Silva, Fernando Marinho Marques da; Duarte, Roberta Paiva; Leão, Cássio César Arrais; Vissoci, Carolina Martins; Alvarenga, Amanda Luíza Aguiar Taquary; Ramos, Anna Beatriz Salles; Goulart, Amanda Evelyn Cruvinel. Colorectal cancer in patients under age 50: a five-year experience. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, [S.L.], v. 47, p. 01-10, 2020. FapUNIFESP (SciELO).
16. Shaukat, Aasma; Levin, Theodore R.. Current and future colorectal cancer screening strategies. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, [S.L.], v. 19, n. 8, p. 521-531, 3 maio 2022. Springer Science and Business Media LLC.
17. Bretthauer, Michael; Løberg, Magnus; Wieszczy, Paulina; Kalager, Mette; Emilsson, Louise; Garborg, Kjetil; Rupinski, Maciej; Dekker, Evelien; Spaander, Manon; Bugajski, Marek. Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death. *New England Journal Of Medicine*, [S.L.], v. 387, n. 17, p. 1547-1556, 27 out. 2022. Massachusetts Medical Society.
18. Helsingen, Lise M.; Kalager, Mette. Colorectal Cancer Screening — Approach, Evidence, and Future Directions. *Nejm Evidence*, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 1-13, 9 jan. 2022. Massachusetts Medical Society.
19. Hossain, Md. Sanower; Karuniawati, Hidayah; Jairoun, Ammar Abdulrahman; Urbi, Zannat; Ooi, Der Jiun; John, Akbar; Lim, Ya Chee; Kibria, K. M. Kaderi; Mohiuddin, A.K. M.; Ming, Long Chiau. Colorectal Cancer: a review of carcinogenesis, global epidemiology, current challenges, risk factors, preventive and treatment strategies. *Cancers*, [S.L.], v. 14, n. 7, p. 1732, 29 mar. 2022. MDPI AG.
20. Santos, Ramila Alves dos; Portugal, Flávia Batista; Felix, Janaina Daumas; Santos, Paula Matias de Oliveira dos; Siqueira, Marluce Miguel de. Avaliação Epidemiológica de Pacientes com Câncer no Trato Aerodigestivo Superior: relevância dos fatores de risco álcool e tabaco. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S.L.], v. 58, n. 1, p. 21-29, 30 mar. 2012.
21. Jardim, Beatriz Cordeiro; Migowski, Arn; Corrêa, Flávia de Miranda; Silva, Gulnar Azevedo e. Covid-19 no Brasil em 2020: impacto nas mortes por câncer e doenças cardiovasculares. *Revista de Saúde Pública*, [S.L.], v. 56, p. 22, 22 abr. 2022.

22. Calabrich, Aknar F. C.; Katz, Artur. Deficiência de ferro no paciente com câncer. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, [S.L.], v. 32, p. 84-88, jun. 2010. Elsevier BV.
23. Ramos, Rodrigo Felipe; Dos-Reis, Lucas Carvalho Santos; TEIXEIRA, Beatriz Esteves Borgeth; Andrade, Igor Maroso; Sulzbach, Jaqueline Suelen; Leal, Ricardo Ary. Colon cancer surgery in patients operated on an emergency basis. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, [S.L.], v. 44, n. 5, p. 465-470, out. 2017.
24. Nascimento, Marcelo Victor Freitas; Vera, Samuel Oliveira da; Silva, Maria Caroline Rodrigues; Morais, Fernanda Ferreira de; Andrade, Elaine Maria Leite Rangel; Bastos, Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em pós-operatório de confecção de estomas intestinais de eliminação. *Ciencia y Enfermería*, [S.L.], v. 24, p. 01-09, dez. 2018.
25. Lins Neto, Manoel Álvaro de Freitas; Fernandes, Danillo Omena de Araújo; Didoné, Eveline Leite. Epidemiological characterization of ostomized patients attended in referral Center from the city of Maceió, Alagoas, Brazil. *Journal Of Coloproctology*, [S.L.], v. 36, n. 02, p. 064-068, jun. 2016.
26. Medeiros, Giselle Coutinho de; Teodózio, Clarice Gomes Chagas; Fabro, Erica Alves Nogueira; Aguiar, Suzana Sales de; Lopes, Artur Henrique Machado; Conte, Bárbara Cordeiro de; Silva, Erisvan Vieira da; Coelho, Lyssandra Luiza Pestana; Muniz, Nitza Ferreira; Schuab, Sara Isabel Pimentel de Carvalho. Fatores Associados ao Atraso entre o Diagnóstico e o Início do Tratamento de Câncer de Mama: um estudo de coorte com 204.130 casos no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S.L.], v. 66, n. 3, p. 01-12, 6 ago. 2020.
27. Moura, Maria Eliete Batista; Campelo, Sônia Maria de Araújo; Brito, Francisca Cortez Prado de; Batista, Odinéa Maria Amorim; Araújo, Telma Maria Evangelista de; Oliveira, Adélia Dalva da Silva. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 60, n. 4, p. 416-421, ago. 2007.
28. Fusco, Suzimar de Fátima Benato; Massarico, Natiara Medolago; Alvez, Maria Virginia Martins Faria Fadul; Fortaleza, Carlos Magno Castelo Branco; Pavan, Érika Cibele Pereira; Palhares, Valéria de Castilho; Melo, Carlos Eduardo de; Avila, Marla Andréia Garcia de; Nitsche, Maria José Trevizani. Surgical site infection and its risk factors in colon surgeries. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [S.L.], v. 50, n. 1, p. 43-49, fev. 2016.
29. Goulart, André; Martins, S. Íleo Paralítico Pós Operatório: Fisiopatologia, Prevenção e Tratamento. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*, Braga, v. 2, n. 7, p. 60-67, set. 2010.
30. Pinho, Mauro de Souza Leite; Ferreira, Luís Carlos; Kleinubing Junior, Harry. Tratamento cirúrgico do câncer colorretal: resultados a longo prazo e análise da qualidade. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 422-429, dez. 2006.