



Universidade Federal do Maranhão  
Hospital Universitário

Protocolo Clínico  
Serviço de Coloproctologia  
Câncer Colorretal

Data de Emissão: maio/2010

Revisão: n°.

Data de Revisão: mês/ano

Elaboração: Prof. Ms. João Batista Pinheiro Barreto Alexandre José Aguiar Andrade	Aprovação:	Visto do CCIH:
---	------------	----------------

## 1 OBJETIVO

Padronizar o atendimento, estadiamento, preparo pré-operatório e tratamento dos pacientes com câncer colorretal no HUUFMA.

## 2 DESCRIÇÃO

A incidência do câncer colorretal é observada principalmente nos países ocidentais e aumenta com a idade, sendo mais freqüente após a sexta década.

No Brasil, é a 4ª causa de câncer em homens, a 3ª nas mulheres e a 2ª causa de câncer do trato gastrointestinal, sendo a 4ª causa de morte por câncer nas mulheres e a 5ª nos homens.

O tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma, sendo classificado conforme o grau de diferenciação celular em: bem diferenciado; moderadamente diferenciado e pouco diferenciado. Os carcinóides, os tumores estromais, como sarcomas; os linfomas e melanomas são mais raros.

Existe uma diversidade de fatores de riscos para o desenvolvimento de câncer colorretal, tais como alimentação pobre em fibras vegetais, deficiência de cálcio, selênio e vitaminas C e E, doença inflamatória intestinal, dieta rica em gordura animal, idade maior que 50 anos, adenomas colônicos e polipose adenomatosa familiar.

### Diagnóstico

A clínica dos pacientes com câncer colorretal é dependente da localização dos mesmos. Os tumores do lado direito tendem a crescer mais a ponto de sofrer necrose superficial pela isquemia com conseqüente sangramento e anemia. Os tumores do transversal localizados à direita produzem sinais e sintomas parecidos com doença biliopancreática enquanto os tumores do lado esquerdo se assemelham mais com as afecções gástricas como plenitude pós-prandial e dor.

Comum a quase todos os tumores, independente de sua localização, é a mudança dos hábitos intestinais. Esta pode ser bastante discreta no início, tanto em freqüência como na consistência das fezes. Perda ponderal também é freqüente. Alguns pacientes, principalmente os com tumores do cólon esquerdo, abrem o quadro com obstrução intestinal sendo o diagnóstico realizado somente no transoperatório.

Pacientes com tumores do colón sigmóide podem apresentar sintomas que se assemelham a diverticulite, outros abrem o quadro com fístulas colovesicais ou colovaginais o que é infreqüente.

O diagnóstico definitivo é realizado através da biópsia, feita mais freqüentemente pela colonoscopia, sendo este o exame padrão ouro para diagnóstico. O enema de duplo contraste pode revelar massas e ulcerações colônicas, mas sua sensibilidade diminui para lesões superficiais.

Estadiamento

O estadiamento do câncer colorretal foi padronizado pela Organização Mundial de Saúde através da classificação TNM (figura 1).

ESTÁDIO		TNM	
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
	T2	N0	M0
II	T3	N0	M0
	T4	N0	M0
III	Tq	N1	M0
	Tq	N2,3	M0
IV	Tq	Nq	M1

Tis: *In situ*

T1: invasão submucosa

T2: invasão muscular própria

T3: invasão serosa ou gordura

T4: órgãos adjacentes

Tq: qualquer dos "T"

N0: sem metástase linfonodal

N1: 1-3 linfonodos acometidos

N2: mais que 4 linfonodos

N3: Linfonodos ao longo dos vasos

Nq: qualquer "N"

M0: Sem metástase

M1: com metástase.

Rotina para estadiamento pré-operatório no HUPD

**Radiografia simples de tórax (PA e perfil):** Usada no rastreamento de metástases pulmonares e avaliação do parênquima pulmonar. Caso alguma anormalidade seja detectada, deve-se pedir uma tomografia de tórax.

Ultrassonografia endoscópica nos tumores retais: Utilizado para determinar o envolvimento linfonodal na periferia do tumor e avaliar o grau de penetração na parede do cólon.

**Tomografia computadorizada de abdome total:** Este exame é solicitado de rotina em nosso serviço. Informa a presença de adenomegalias, envolvimento hepático e relações do tumor com estruturas do retroperitônio.

**CEA:** Importante para o acompanhamento dos pacientes que apresentam níveis elevados no pré-operatório. Sabe-se que uma nova elevação do CEA após cirurgia indica doença recorrente. Pacientes que têm níveis de CEA elevados na ocasião do diagnóstico possuem maior possibilidade de doença metastática hepática.

**Laparoscopia:** Não é um exame de rotina em nosso serviço, mas nos pacientes com suspeita de implantes peritoneais, como os com ascite pequena a moderada, é factível sua realização a fim de se evitar uma colectomia não-terapêutica.

#### Rotina de Exames Pré-Operatórios

- Hemograma completo;
- Coagulograma completo;
- Tipagem sanguínea;
- Creatinina, Uréia;
- Glicemia em jejum;
- Albumina, Proteínas totais;
- Aminotransferases (ast, alt);
- Sódio, potássio, cloro, magnésio e cálcio;
- Avaliação cardiológica com risco cirúrgico.

#### Preparo Pré-Operatório

**Tricotomia:** Abdominal ou em calção antes do início da cirurgia.

**Jejum:** Mínimo de 8 horas.

**Preparo de cólon:** Preparo mecânico com solução de fosfato de sódio (fosfosoda) 45 ml VO às 16:30 e 45 ml às 19:00 para cirurgias na manhã seguinte. Realizar reposição hidroeletrólítica parenteral para evitar maior espoliação do preparo.

**Antibioticoprofilaxia:** Usa-se cefoxitina 2g IV na indução anestésica com um repique a cada 3-4 horas se persistir o ato cirúrgico; manutenção com 1g IV a cada 6 horas por 24 horas. Na ausência desta pode-se usar metronidazol 500 mg a cada 8 h + gentamicina (240mg), na indução com descontinuação após 24 horas.

**Sondagem vesical de demora:** Feita com sonda de Foley e com paciente anestesiado, sendo retirada após 24 horas.

**Acesso venoso:** Punção venosa periférica é preferível ao acesso venoso profundo.

#### Nos pacientes desnutridos

**Nutrição parenteral:** Reservada para os pacientes com níveis de albumina menores que 3g/dl ou transferrina menor que 200mg/dl num curso de 5 dias antes da cirurgia.

#### Tratamento do Câncer Colorretal

O tratamento de eleição é a cirurgia, sendo a única terapia indicada para os tumores no estágio I. Nos casos mais avançados, a partir do estágio II, o paciente deverá ser submetido à quimioterapia e/ou radioterapia adjuvante.

A extensão de ressecção vai variar principalmente com a localização do tumor, a tabela a seguir revela as opções terapêuticas para os pacientes com câncer colorretal.

A cirurgia com ressecção tumoral ainda continua a melhor terapia paliativa para aliviar ou reduzir os sintomas em pacientes que não têm condições de cura por ressecção (metástases irressecáveis, doença localmente avançada e invasão de estruturas nobres).

Nos tumores de reto e cólon esquerdo o limite de ressecção para margem distal deve ser no mínimo de 1,5-2 cm. Os melhores resultados de cura estão relacionados com a ligadura alta da artéria mesentérica inferior.

<u>Localização do tumor</u>	<u>Cirurgia proposta</u>	<u>Radioterapia</u>
Cólon ascendente	Hemicolectomia direita	
Cólon transverso	Hemicolectomia segmentar	
Ângulo esplênico	Colectomia segmentar	
Cólon descendente	Hemicolectomia esquerda	
Cólon sigmóide	Sigmoidectomia	
Reto superior	Retossigmoidectomia + exérese de gordura perirretal	
Porção média retal	RAB	Pré-operatória de rotina, pós-operatória para T3.
Porção inferior retal	RAB ou RAP excisão transanal	Pré-operatória de rotina, pós-operatória T3.

#### Terapia Adjuvante e/ou Neoadjuvante

A terapia adjuvante está indicada nos pacientes com estágio II (TNM) em que o principal agente é o 5-Fluoracil combinado na maioria dos casos com outros agentes citotóxicos (leucovorin ou lavamisole) durante seis meses a 1 ano.

Pacientes no estágio IV são tratados preferencialmente com quimioterapia; fluoracil é a medicação padrão podendo ser combinado com leucovorin, Irinotecan.

Tumores de reto médio e inferior podem ser tratados inicialmente com radio-quimioterapia que promoverá uma diminuição tumoral facilitando sua posterior ressecção.

### 3 REFERÊNCIAS

1. Jemal, A, Siegel, R, Ward, E, et al. Cancer statistics, 2009. CA Cancer J Clin 2009; 59:225.
2. Ahnen DJ, Macrae FA. Clinical manifestations, diagnosis and staging of colorectal cancer. Up to date, 2009.
3. Ahnen DJ, Macrae FA. Colorectal cancer: Epidemiology, risk factors, and protective factors. Up to date, 2009.