

Achado incidental no pet/tc de adenoma de cólon: relato de caso

Incidental finding in pet/tc of colon adenoma: case report

DOI:10.34117/bjdv7n8-145

Recebimento dos originais: 08/07/2021

Aceitação para publicação: 08/08/2021

Beatriz Pires Paes

Acadêmica de medicina

Instituição: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço: SEPN 707/907 - Asa Norte - Brasília-DF

E-mail: beatrizpirespaes@gmail.com

Mirella Bastos Sales

Acadêmica de medicina

Instituição: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço: SEPN 707/907 - Asa Norte - Brasília-DF

E-mail: mirellabsales@gmail.com

Lucas Santana Nova da Costa

Endoscopia Digestiva

Instituição: Hospital Sírio Libanês - Brasília, DF

Endereço: SCES trecho, 4. Brasília – DF.

E-mail: lucasndc@gmail.com

Marcus Vinicius Grigolon

Medicina Nuclear

Instituição: Hospital Sírio Libanês - Brasília, DF

Endereço: Hospital Sírio Libanês - Brasília, DF

Endereço: SCES trecho, 4. Brasília – DF.

E-mail: marcus.vgrigolon@hsl.org.br

Fernando Sergio Blumm Ferreira

Hematologia

Instituição: Hospital Sírio Libanês - Brasília, DF

Endereço: Hospital Sírio Libanês - Brasília, DF

Endereço: SCES trecho, 4. Brasília – DF.

E-mail: fernando.blumm@hsl.org.br

Matheus Cavalcante Franco

Endoscopia Digestiva

Instituição: Hospital Sírio Libanês - Brasília, DF

Endereço: SCES trecho, 4. Brasília – DF.

E-mail: mcavalcantefranco@gmail.com

RESUMO

O câncer colorretal (CCR) é o câncer mais comum do trato gastrointestinal e ocorre mais frequentemente em pessoas acima de 65 anos. Diversas diretrizes na literatura guidelines defendem que programas de prevenção devem ser oferecidos a todos os pacientes acima de 50 anos. O padrão-ouro para rastreamento é a colonoscopia, pois favorece não somente a visualização direta dos pólipos, como também a possibilidade de ressecção curativa dessas lesões no mesmo procedimento, com posterior análise anatomopatológica. Contudo, exames radiológicos menos invasivos, mesmo sem o preparo prévio do cólon do paciente, podem incidentalmente revelar a presença de pólipos e/ou lesões precoces no cólon e reto. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso de diagnóstico precoce de câncer colorretal através de exame de imagem, confirmado por colonoscopia, evidenciando particularidades importantes relacionadas à falta de aderência da população aos programas de rastreamento.

Palavras-Chave: Adenoma, Adenocarcinoma, Câncer Colorretal, Ressecção Endoscópica.

ABSTRACT

Colorectal cancer (CRC) is the most common cancer of the gastrointestinal tract and occurs most frequently in people over 65 years of age. Several guidelines in the literature advocate that prevention programs should be offered to all patients over 50 years of age. The gold standard for screening is colonoscopy, as it favors not only the direct visualization of polyps, but also the possibility of curative resection of these lesions in the same procedure, with subsequent pathological analysis. However, less invasive radiological exams, even without prior preparation of the patient's colon, may incidentally reveal the presence of polyps and/or early lesions in the colon and rectum. The present study aims to report a case of early diagnosis of colorectal cancer by imaging, confirmed by colonoscopy, highlighting important particularities related to the lack of adherence of the population to screening programs.

Keywords: Adenoma, Adenocarcinoma, Colorectal Cancer, Endoscopic Resection.

1 INTRODUÇÃO

O câncer colorretal é o câncer mais comum do trato gastrointestinal, é o terceiro tipo de câncer mais observado no sexo masculino (1, 2), e o segundo mais frequente no sexo feminino (2). Em 75% dos casos, ocorre em pessoas acima de 65 anos, e apresenta maior incidência no cólon descendente, sigmóide e/ou reto (1). Pode ter comportamento agressivo e invasivo, com possibilidade de progressão com metástases, sendo os sítios mais comuns: fígado, pulmão, ossos e cérebro (1,3). Alguns dos fatores de risco são tabagismo, alcoolismo e história familiar de câncer (1).

Diversa diretrizes e recomendações acerca do câncer colorretal concordam que programas de prevenção devem ser oferecidos a todos os pacientes acima de 50 anos, independentemente de outros fatores de risco presentes (8). Os métodos atuais de rastreamento

são divididos em não invasivos e invasivos. O primeiro é constituído por exame de fezes e exames radiológicos (duplo contraste, endoscopia em cápsula e colonografia tomográfica). Contudo, o padrão-ouro para rastreio são os exames invasivos, que inclui principalmente a colonoscopia, pois favorece a visualização direta e ressecção dos pólipos, que são as lesões precursoras do câncer colorretal (4).

O tratamento padronizado com intenção curativa para essa patologia é a ressecção cirúrgica extensa (6). Contudo, com o advento e aperfeiçoamento de novas técnicas de ressecção endoscópica, como a dissecação submucosa endoscópica (ESD), possibilitou-se a ressecção em blocos de lesões planas ou sésseis maiores, propiciando os benefícios de uma terapia menos invasiva no tratamento de lesões colorretais com displasia de alto grau ou mesmo adenocarcinoma sua fase precoce (7).

2 RELATO DE CASO

Paciente masculino, 69 anos, hipertenso e diabético, apresenta arritmia cardíaca, dislipidemia, hipotireoidismo e gota, além de antecedente de Síndrome de Erdheim Chester. Vinha em uso de interferon e prednisona há cerca de um ano.

Paciente se mantinha em acompanhamento ambulatorial e realizou PET/TC de seguimento oncológico que evidenciou aumento da atividade metabólica (SUV: 5,8) no ângulo esplênico do cólon que poderia corresponder a lesão neoplásica, sendo sugerido avaliação complementar com colonoscopia; a qual revelou múltiplos óstios diverticulares no cólon sigmóide e pólipos sésseis de 3 cm (Paris 0-Is) no cólon descendente proximal, junto ao ângulo esplênico, que à cromoscopia com NBI e uso da magnificação (near focus, Olympus série 190) apresentava superfície com leve irregularidade de criptas e vascular (áreas tipo Vi de Kudo e JNET IIB low), cujas biópsias mostraram adenoma tubular com displasia de alto grau.

Após discussão multidisciplinar com equipe da oncologia e cirurgia, optou-se por ressecção endoscópica por dissecação da submucosa (Endoscopic Submucosal Dissection – ESD). A ESD foi realizada com ressecção da lesão em único fragmento e sem intercorrências. Paciente evoluiu bem e recebeu alta no dia seguinte com dieta leve. Anatomopatológico da peça mostrou adenoma tubular com displasia de alto grau (com atípicas intensas), margens profundas e laterais livres, e ausência de invasão linfovascular. O procedimento foi considerado curativo.

Figura 1: PET/CT evidenciando aumento da captação do fármaco em cólon esquerdo.

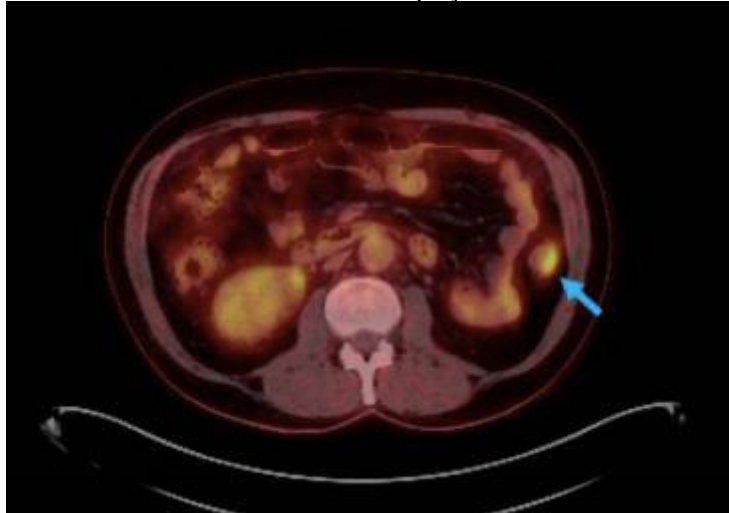


Figura 2: pólipo no cólon descendente

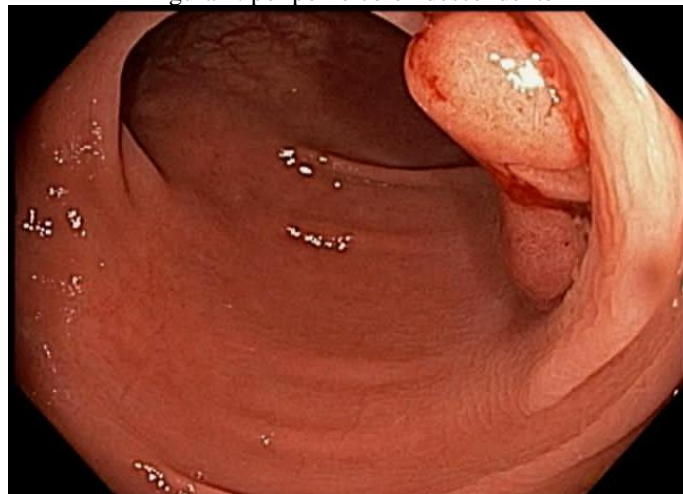


Figura 3: leito pós ressecção endoscópica (ESD)

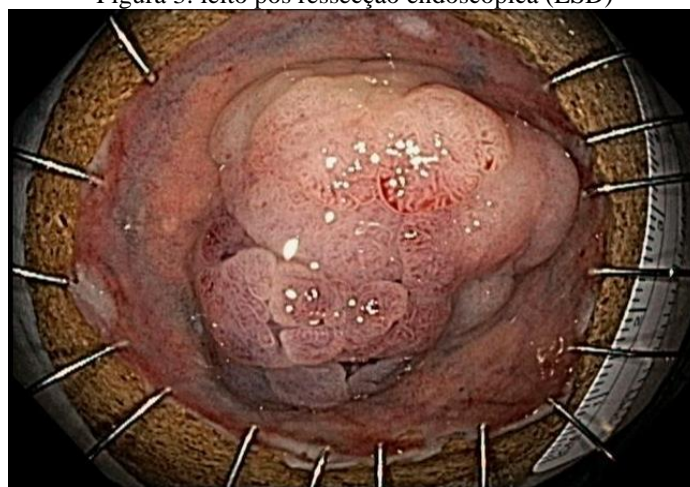
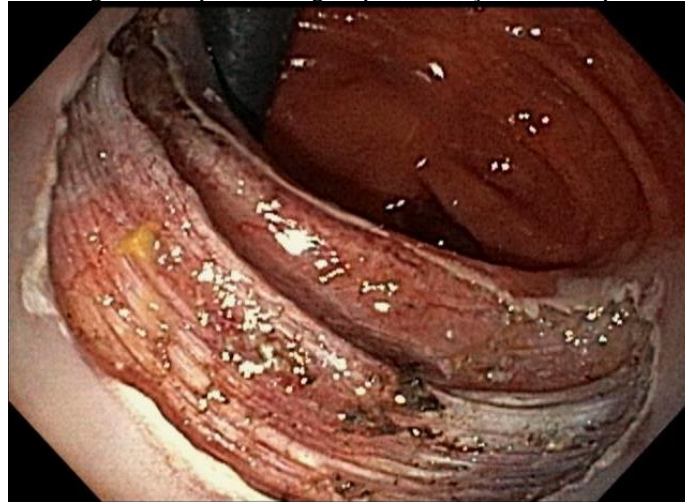


Figura 4: Espécie cirúrgica pós ressecção endoscópica



3 CONCLUSÕES

O caso relatado apresenta particularidades importantes relacionadas à falta de aderência aos programas de rastreamento do câncer colorretal, associada ao aumento da acurácia diagnóstica dos métodos de imagem, que resultou em um diagnóstico precoce de câncer colorretal, que confirmado e ressecado de forma curativa por colonoscopia.

REFERÊNCIAS

1. Alhilfi Haider Saadoon Qasim, Almohammadawi Khalid Obiad Mohsin, Alsaad Rasha Khalil Abduljalil, Ameen Nyaz Ahmed, Aliedani Basima Kadhim Abbood, Aldubaisi Husam Jihad Imran et al. Colorectal cancer epidemiology and clinical study in Misan. *J. Coloproctol. (Rio J.)* [Internet]. 2019 Apr [cited 2020 July 14]; 39(2): 159-162. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632019000200159&lng=en. Epub June 13, 2019.
2. Kuipers EJ, Grady WM, Lieberman D, et al. Colorectal cancer. *Nat Rev Dis Primers*. 1, 15065 (2015). Available from: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.65>
3. Martins M, Sousa P, Araújo T, Castro-Poças F, Pedroto I. Mediastinal Mass in a Patient with Colorectal Cancer: A Diagnostic Challenge. *Portuguese Journal of Gastroenterology*. 2017; 24:193–197 DOI: 10.1159/000452696
4. Issa IA, Noureddine M. Colorectal cancer screening: An updated review of the available options. *World J Gastroenterol*. 2017;23(28):5086-5096. doi:10.3748/wjg.v23.i28.5086
5. BRASÍLIA (DF). Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia. Brasília, 2014
6. Ejaz A, Casadaban L, Maker AV. Utilization and impact of adjuvant chemotherapy among patients with resected stage II colon cancer: a multi-institutional analysis. *Journal of Surgical Research*, Volume 215, 12 - 20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2017.03.017>
7. Dumoulin FL, Hildenbrand R. Endoscopic resection techniques for colorectal neoplasia: Current developments. *World J Gastroenterol*. 2019;25(3):300-307. doi:10.3748/wjg.v25.i3.300
8. Assis RVBF. Rastreamento e Vigilância do Câncer Colorretal: Guidelines Mundiais. *GED gastroenterol. endosc. dig*. 2011: 30 (2): 62-74