

---

## ADENOCARCINOMAS SINCRÔNICOS E METACRÔNICOS DO CÓLON RELATO DE UM CASO E REVISÃO SUCINTA DA LITERATURA

JOSÉ REINAN RAMOS, TSBCP  
ANTÔNIO AMBRÓSIO DE OLIVEIRA NETO  
MAURO PINHO, TSBCP  
RENÉ RAMOS PINHEIRO, FSBCP  
PAULA CRISTINA TEIXEIRA DE SOUZA

---

RAMOS JR, PINHO M, OLIVEIRA NETO AA, PINHEIRO RR & SOUZA PCT – Adenocarcinomas sincrônicos e metacrônicos do cólon. Relato de um caso e revisão sucinta da literatura. *Rev bras Colo-Proct*, 1977; 7(2): 66-69.

**RESUMO:** O caso de um paciente com quatro cânceres sincrônicos e metacrônicos do cólon é apresentado seguindo-se de uma revisão sucinta da literatura. A sobrevida de cinco anos dos pacientes portadores de cânceres múltiplos submetidos a operações curativas é a mesma dos pacientes tratados com câncer colorretal em geral. A colonoscopia é um exame excelente para diagnosticar os tumores múltiplos e deveria ser usada no pré-operatório ou durante a operação.

**UNITERMOS:** câncer colorretal; múltiplos; metacrônicos

---

Os cânceres múltiplos acometem 2,05 a 12%<sup>1, 2</sup> dos pacientes portadores de câncer do cólon e do reto. A incidência de câncer colorretal metacrônico varia de 0,4 a 3,5%<sup>1, 3</sup> e dependê do intervalo que cada autor considera câncer metacrônico ou câncer sincrônico não diagnosticado na primeira operação, seja por exames pré-operatórios ou peroperatórios incompletos ou inadequados ou pelo tipo de exame usado no seguimento dos pacientes. *Kaibara* e cols.<sup>4</sup> encontraram uma incidência de 1,3% de câncer metacrônico considerando os casos diagnosticados com intervalo menor que um ano entre o câncer primário e o metacrônico em 24.871 pacientes portadores de câncer colorretal. Já o câncer sincrônico do cólon e do reto apresenta uma incidência um pouco maior. *Heald e Bussey*<sup>5</sup>, numa revisão de 4.884 pacientes operados por câncer colorretal, encontraram 197 casos (3,2%) de cânceres sincrônicos. Entretanto, *Traviesco* e cols.<sup>2</sup> relataram 11,7%. *Kiefer* e cols.<sup>6</sup> relataram uma incidência de

1,6% de câncer colorretal metacrônico e somente 0,16% (3/1.888) de cânceres sincrônicos metacrônicos. *Kaibara* e cols.<sup>4</sup> relataram 3,2% de cânceres sincrônicos sendo que 0,11% apresentavam mais de quatro cânceres (29/24.871). Eles reportaram ainda 0,080 (20/24.871) por cento de cânceres sincrônicos metacrônicos.

O objetivo deste relato é apresentar o caso de um paciente que foi operado no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí-RJ com cânceres sincrônicos e metacrônicos do cólon cujo estudo anatomopatológico revelou quatro adenocarcinomas de diferentes tipos de classificação de Dukes modificada por *Astler-Coller*<sup>7</sup>.

### Relato do caso

Paciente do sexo masculino com 49 anos de idade, branco, natural do Rio de Janeiro. Procurou o Serviço de Emergência do Hospital do Andaraí em agosto de 1986 relatando dor abdominal difusa e emagrecimento (3 kg) nos últimos três meses. História de cirurgia do intestino em 1979 (colectomia esquerda por adenocarcinoma do cólon descendente). Apresentava-se com mucosas hipocoradas, escleróticas anictéricas e o exame dos aparelhos cardiovascular e respiratório normais. O abdômen era doloroso à palpação profunda no quadrante inferior direito. O fígado e o baço eram palpáveis. A retossigmoidoscopia até 18 cm foi normal, o clister opaco diagnosticou duas lesões vegetantes, uma de 7 cm de diâmetro localizada no ceco e outra de 2 cm de diâmetro no cólon ascendente. A colonoscopia revelou uma lesão vegetante e ulcerada de 2 cm de diâmetro no "cólon esquerdo" e confirmou as lesões do ceco e do cólon ascendente. As biopsias diagnosticaram adenocarcinomas. A ultra-sonografia hepática e a avaliação nutricional foram normais. O paciente foi operada em 25/8/1986. A palpação do cólon confirmou a lesão do "cólon esquerdo" e a do ceco que invadia a serosa e a parede póstero-lateral do abdômen. Foi submetido a uma colectomia total e íleo-retoanastomose término-terminal. A evolução pós-operatória foi

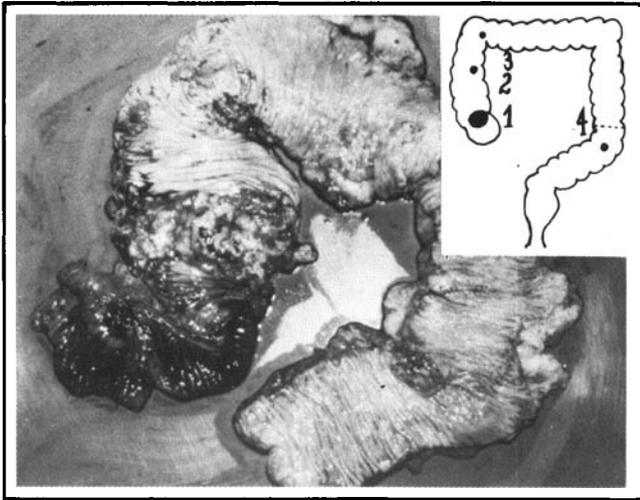


Fig. 1 - Peça aberta e esquema mostrando a topografia dos quatro tumores (1 - Tumor do ceco, 2 - Tumor do cólon ascendente, 3 - Tumor do ângulo hepático, 4 - Tumor do sigmóide distal).

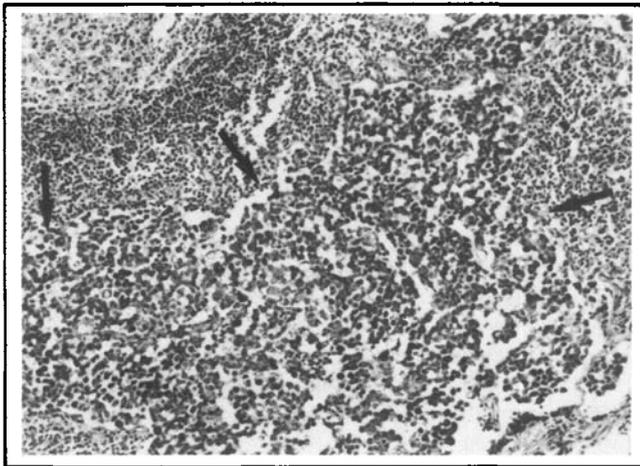


Fig. 2 - Gânglio linfático próximo ao adenocarcinoma do ceco (C1) apresentando seio marginal (>) repleto de células tumorais soltas com citoplasmas corados pelo P.A.S.

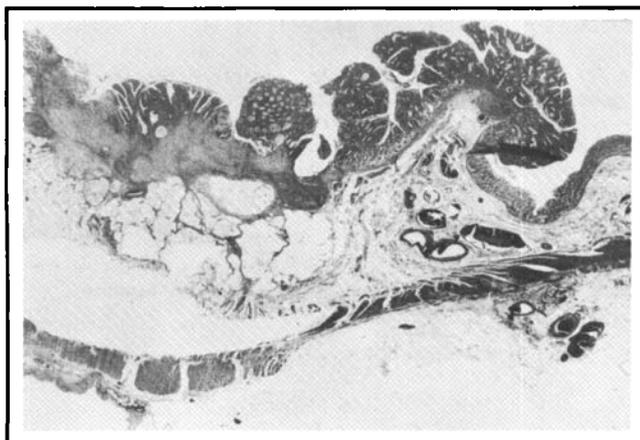


Fig. 3 - Adenocarcinoma do cólon ascendente constituído por tecido adenomatoso sobrelevado apresentando área de infiltração até a submucosa constituindo "lagos de mucina" (Estágio A).

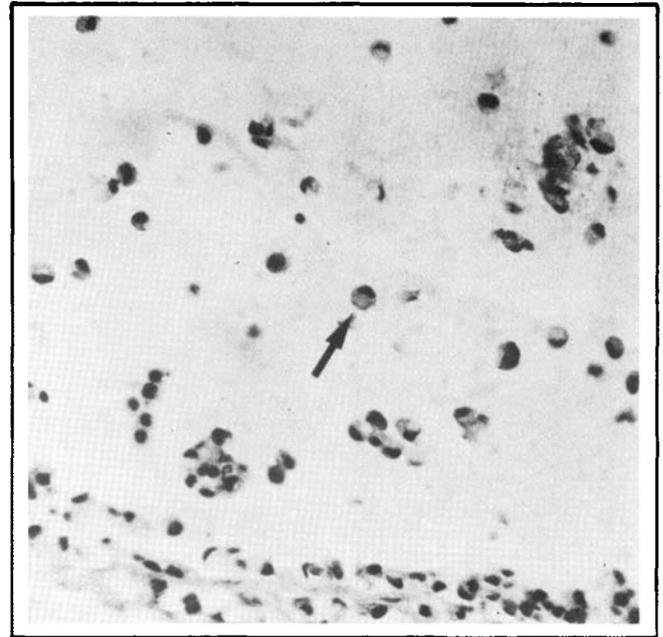


Fig. 4 - Detalhes dos "lagos de mucina" apresentando células tumorais tipo "anel de sinete" com citoplasma abundante e núcleo rechaçado para periferia (>).



Fig. 5 - Adenocarcinoma do ângulo hepático com crescimento em placa infiltrando até camada muscular (B1).

ótima e a alta ocorreu no 7º dia de pós-operatório. Apresentou abscesso de parede tardio (21º dia de p.o.).

O exame histopatológico revelou quatro tumores sincrônicos, constituídos por adenocarcinomas pouco diferenciados com áreas de acúmulo de mucina intra e extracelular (Fig. 1 e esquema). O tumor do ceco é infiltrante até o tecido pericólico que se mostra fibrosado, ulcerado e exibe metástase em linfonodo (1/19) próximo à neoplasia (Estádio C1 da classificação de Astler-Coller)

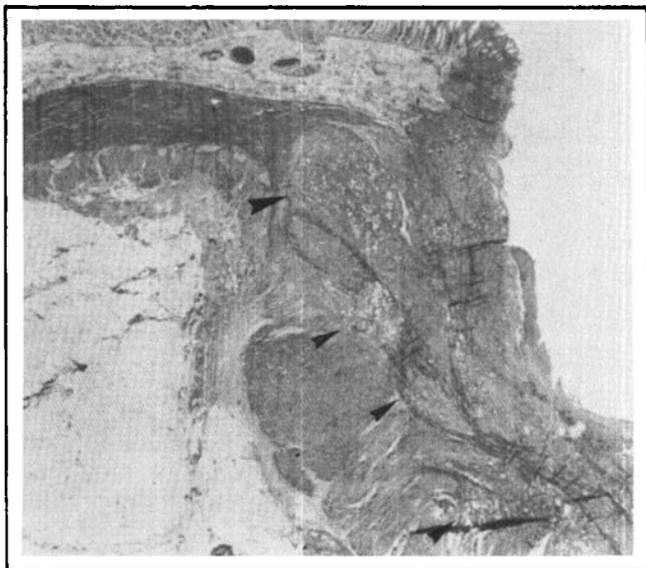


Fig. 6 - Adenocarcinoma de sigmóide distal com padrão ulcerado e infiltrando camada muscular (B2) (> limite profundo).

(Fig. 2). O tumor do cólon ascendente<sup>2</sup> é vegetante e exibe bordo de aspecto adenomatoso e área central constituído por neoplasia pouco diferenciada tipo anel de sinete, que se estende focalmente até submucosa (Estádio A) (Figs. 3 e 4). O tumor do ângulo hepático<sup>3</sup> é pouco diferenciado com padrão de crescimento ulcerado e infiltrativo se estendendo até a muscular interna (Estádio B1) (Fig. 5). A neoplasia do sigmóide distal mostra ulceração profunda e infiltração até a gordura subserosa (Estádio B2) (Fig. 6).

## DISCUSSÃO

A ocorrência de quatro cânceres sincrônicos e metacrônicos é provavelmente menor que 1 para cada 10.000 casos de câncer colorretal.

A retossigmoidoscopia, o clister opaco simples ou com duplo contraste e mesmo a retossigmoidoscopia flexível não são bons exames para diagnosticar os tumores sincrônicos ou metacrônicos do cólon e do reto. *Pagana e cols.*<sup>8</sup> diagnosticaram somente 8,3% dos cânceres sincrônicos diagnosticados por colonoscopia quando utilizaram o clister opaco simples e 50% quando realizaram o enema opaco com duplo contraste. *Reilly e cols.*<sup>9</sup> diagnosticaram somente um terço dos cânceres metacrônicos (34%), nenhum câncer sincrônico (0%), 23% dos polipos, 86,4% de todos os cânceres (84,4% *Dukes A* e 95,7% *B*) quando utilizaram o clister opaco comparando-se com os achados da colonoscopia. O enema opaco não diagnosticou 75% dos polipos maiores que 1 cm e 98% dos menores que 1 cm<sup>8</sup>. Mesmo o clister opaco com duplo contraste foi negativo em 60% dos pacientes com polipos pediculados com câncer invasivo do cólon ou do reto<sup>9</sup>. A colonoscopia diagnosticou 62% de polipos associados a câncer colorretal sendo que nos cânceres sincrônicos o índice foi de 86% e nos metacrônicos foi de 83%. Devido ao uso da colonoscopia o plano cirúrgico foi alterado em 10,8% dos

pacientes com câncer colorretal e em 58,3% dos casos de cânceres sincrônicos<sup>8</sup>.

O diagnóstico pré-operatório dos cânceres sincrônicos dos pacientes portadores de um câncer avançado e um câncer precoce (cânceres intramucosos e submucosos), de dois cânceres avançados e de dois cânceres precoces somente foi realizado em 50%, 72% e 86% respectivamente. A colonoscopia foi incompleta em 40% dos cânceres avançados<sup>9</sup>. Nestes casos, a colonoscopia intra-operatória está indicada.

A localização mais comum dos cânceres sincrônicos foi no cólon sigmóide e reto (62,5%)<sup>4</sup>. Somente 2,3% dos pacientes estudados por *Kaibara e cols.*<sup>4</sup> tinham um tumor maligno no cólon sigmóide ou no reto e outro no cólon direito. *Agrez e cols.*<sup>10</sup> encontraram 60% de câncer metacrônico no cólon direito sendo que 50% foram diagnosticados dentro dos primeiros cinco anos após a primeira operação.

Quando cirurgia curativa (geralmente colectomia total) é realizada, o prognóstico dos pacientes portadores de cânceres colorretais múltiplos é o mesmo dos pacientes portadores de tumores malignos do cólon e do reto em geral<sup>4, 8, 10</sup>. A segunda operação foi considerada curativa em 81% e a terceira em 69% (16/23) dos pacientes com cânceres metacrônicos e em 82,4% dos cânceres sincrônicos<sup>4</sup>. *Kaibara e cols.*<sup>4</sup> relataram 70,4 e 66,5% de cura (sobrevida de 5 anos) para os pacientes com cânceres colorretais sincrônicos e metacrônicos respectivamente. *Agrez e cols.*<sup>10</sup> relataram 75% de cura para os pacientes com adenocarcinoma metacrônico tipo B e 50% para o tipo C da classificação de *Dukes*.

Achamos que no momento, a colonoscopia é o melhor exame para diagnosticar no pré-operatório ou mesmo durante o ato cirúrgico os tumores múltiplos do cólon e do reto, contribuindo, assim, para diminuir a incidência de cânceres metacrônicos. Na verdade, o aparecimento de câncer metacrônico representa uma falha do seguimento destes pacientes.

Ramos JR, Pinho M, Oliveira Neto AA, Pinheiro RR, Souza PCT - Synchronous metachronous adenocarcinomas of the colon.

**SUMMARY:** A rare case of four synchronous metachronous cancers of the colon is presented and followed by a brief review of the literature. The five-year survival figures in curatively operated patients for multiple colorectal cancer, whether synchronous or metachronous, is the same as for index cancers or colorectal cancers in general. Colonoscopy has been found to be more accurate in detecting synchronous and metachronous colorectal cancers at an early stage and should be performed prior or even during the surgery.

**KEY - WORDS:** colorectal cancer; metachronous; multiple;

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hojman D, Garriz RA, Markman I. Multiple malignant tumors of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1966; 9: 121-126.

2. Traviesco CR Jr, Knoepp LF Jr., Hanley PH. Multiple adenocarcinomas of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1972; 15: 1-6.
3. Astler VB, Collier FA. Prognostic significance of direct extension of carcinoma of the colon and rectum. *Ann Surg* 1954; 139: 846-852.
4. Kaibara N, Koga S, Jinnai D. Synchronous and metachronous malignancies of the colon and rectum in Japan with special reference to a coexisting early cancer. *Cancer* 1984; 54: 1870-1874.
5. Heald RJ, Bussey MJ. Clinical experiences at St. Mark's Hospital with multiple synchronous cancers of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1975; 18: 6-10.
6. Kiefer PJ, Thorson AG, Christensen MA. Metachronous colorectal cancer: time interval to presentation of a metachronous cancer. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 378-382.
7. Chu DZJ, Giacco G, Martin RG, Guinee VP. The significance of synchronous carcinoma and polyps in the colon and rectum. *Cancer* 1986; 57: 445-450.
8. Pagana TJ, Ledesma EJ, Mittelman, Nava HR.. The use of colonoscopy in the study of synchronous colorectal neoplasms. *Cancer* 1984; 53: 356-359.
9. Reilly JC, Rusin C, Theuerkauf FJ. Colonoscopy: its role in cancer of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 532-8.
10. Agrez MV, Ready R, Ilstrup D, Beart RW Jr. Metachronous colorectal malignancies. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 569-574.

**Endereço para correspondência:**  
J. Reinan Ramos  
Rua Visconde de Silva, 52/701  
20721 – Rio de Janeiro – RJ