
CÂNCER COLORRETAL EM PACIENTES JOVENS

DÁSIO LOPES SIMÕES, ASPCP
JOSÉ REINAN RAMOS, TSBCP
RENÉ RAMOS PINHEIRO, FSBCP
AUDIR SANTANA BAPTISTA, FSBCP

SIMÕES DL, RAMOS JR, PINHEIRO RR, BAPTISTA AS -
Câncer colorretal em pacientes jovens.
Rev bras Colo-Proct, 1987; 7(4): 139-141

RESUMO: No período de janeiro de 1980 a junho de 1987, 24 (9,3%) entre 258 pacientes com câncer colorretal, tratados no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí, tinham até 40 anos de idade (15 masculinos e nove femininos). A maioria dos tumores localizava-se no sigmóide (20,8%) e no reto (66,7%). O estadiamento dos tumores, seguindo a classificação de Dukes modificada, foi: A = 0%, B = 20%, C = 46% e D = 34%. Vinte e nove por cento dos tumores primários eram irresssecáveis. A incidência de complicações pós-operatórias foi 37,5% e a taxa de mortalidade cirúrgica, 0%. O seguimento foi realizado em 22 pacientes; 50% já faleceram e a sobrevida média tem sido de 11 meses.

UNITERMOS: câncer colorretal; câncer em jovens

Câncer colorretal é a segunda causa mais comum de morte por câncer (60.000 óbitos ano - 1986) nos Estados Unidos da América¹. Uma média de 140.000 novos casos de câncer colorretal ocorrem por ano nos EUA¹. O câncer colorretal incide mais freqüentemente na 6^a e 7^a décadas de vida. Jovens acometidos por esta neoplasia são encontrados em uma taxa relativamente baixa; é extremamente raro em crianças e adolescentes². Tem havido uma ampla variação na incidência do câncer colorretal em pacientes jovens (1,85 a 16,8%)^{3, 4}.

Os resultados pessimistas demonstrados com estes pacientes por alguns autores têm sido atribuídos ao diagnóstico realizado tardiamente e ao comportamento biológico mais virulento do câncer. Baseando-nos nestes dados revemos a incidência e características do câncer colorretal em jovens (CCJ) no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí - RJ.

PACIENTES E MÉTODOS

Foi realizado estudo retrospectivo de pacientes com até 40 anos de idade, com diagnóstico de Câncer Colorretal, tratados no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí no período de janeiro de 1980 a junho de 1987. Dos 258 pacientes com lesões malignas de cólon e reto, 24 (9,3%) se encontravam nesta faixa etária no momento da internação, sendo 15 masculinos (62,5%) e nove femininos (37,5%).

O diagnóstico foi realizado com dados da história, do exame físico, do exame retossigmoidoscópico, do clister opaco e, em alguns casos, da ultra-sonografia. Nenhum paciente era portador de retocolite ulcerativa; um paciente apresentava polipose familiar e outro a síndrome de Peutz-Jeghers.

Analisamos a localização, o estadiamento seguindo a classificação de Dukes modificada (A, B, C e D), o grau de diferenciação do tumor primário, operações realizadas, complicações cirúrgicas e mortalidade operatória.

O seguimento desses pacientes é feito com exame físico, retossigmoidoscopia, Rx de tórax, dosagem do antígeno carcinoembriogênico, clister opaco, e, eventualmente, colonoscopia.

RESULTADOS

Na 1^a década de vida não foram encontrados pacientes com câncer colorretal. A distribuição desses enfermos nas 2^a, 3^a e 4^a décadas é mostrada na *Tabela 1*.

Os tumores primários nestes pacientes se localizavam mais freqüentemente no reto e no sigmóide (87,5%) (*Fig. 1*).

Ao analisarmos o estágio dessas neoplasias, seguindo a classificação de *Dukes-Kirklin* (A, B, C e D), verificamos um predomínio dos estágios C e D (*Tabela 2*).

Todos os 24 pacientes estudados apresentavam tumor

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes portadores de câncer colorretal, segundo a idade e o sexo

Idade	Sexo	
	masculino	feminino
11 a 20 anos	1	2
21 a 30 anos	6	4
31 a 40 anos	8	3

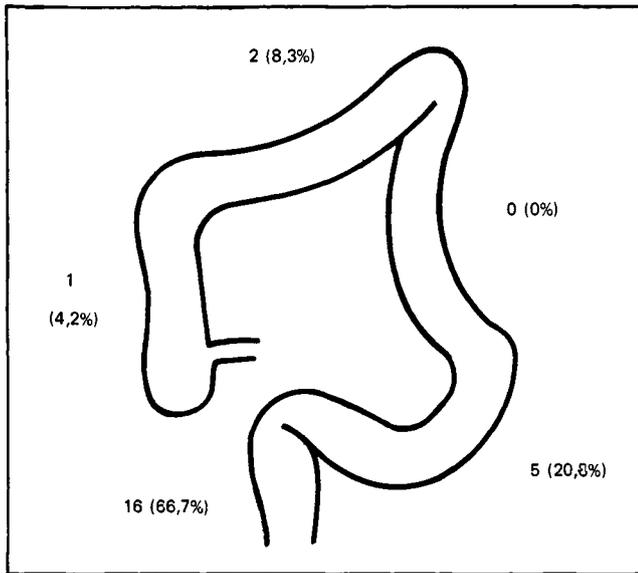


Fig. 1 - Localização dos cânceres no cólon e reto.

Tabela 2 - Classificação de Dukes-Kirklin das lesões neoplásicas dos pacientes estudados

Classificação de Dukes	Nº de pacientes	%
A	0	0
B	5	20
C	11	46
D	8	34

com padrão histológico de adenocarcinoma. Quanto à diferenciação histológica, verificamos: 15 (62,5%) adenocarcinomas bem diferenciados, quatro (6,6%) moderadamente diferenciados e cinco casos (20%) sem especificação quanto ao grau de diferenciação. Na nossa série encontramos cinco pacientes (20%) com adenocarcinoma produtor de mucina.

Dentre os 24 pacientes estudados, sete (29%) foram considerados irressecáveis, sendo realizada somente uma colostomia descompressiva, e em 16 (71%) foram realizadas operações curativas (Tabela 3).

Houve sete (29%) casos de infecção de parede abdominal, uma (4%) fístula e uma (4%) infecção intraperitoneal no pós-operatório, com um total de nove pacientes com complicações pós-operatórias (37,5%). Considerando-se os óbitos ocorridos até o 30º dia de pós-operatório, a taxa de mortalidade cirúrgica foi zero.

Tabela 3 - Operações realizadas nos 24 pacientes

Operações realizadas	Nº de pacientes
Ressecção anterior	9
Colostomia	7
Sigmoidectomia	2
Transversectomia	2
Colectomia direita	2
Colectomia total	1
Abdominoanal (Black)	1

Durante o seguimento desses enfermos perdemos o contato com dois, sendo que 10 (45%) já faleceram. No período estudado a sobrevida média global foi de 11 meses e a sobrevida média dos 12 (55%) pacientes vivos é de 22,5 meses. Desses doze sobreviventes, sete (31%) ainda se encontram sem recidivas, e dois com mais de cinco anos de operados. Dos 16 pacientes submetidos a operação curativa, sete estão sem recorrência.

DISCUSSÃO

O primeiro caso de câncer em paciente jovem foi relatado por Steiner⁵ em 1865, num garoto de nove anos. A incidência de câncer colorretal na população jovem (menor que 40 anos) com neoplasias malignas, na Dinamarca, é de 4,1%⁶. Até 1980, aproximadamente, 1.400 casos de câncer colorretal em pacientes com menos de 40 anos foram publicados⁶. Um estudo realizado por Bülow⁶ na Dinamarca demonstrou uma incidência anual de 1,4 CPJ/100.000 habitantes (0-9 anos: 0,03, 10-19 anos: 0,12, 20-29 anos: 0,94, 30-39 anos: 5,13) versus 98 CPA/100.000 pessoas. Já Öhman⁷ encontrou uma incidência de 1,74 CPJ por 100.000 habitantes na Suécia (1,28 no cólon e 0,46 no reto). A incidência de 9,3% de câncer colorretal em pacientes jovens no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí-RJ, embora relativamente alta, principalmente porque não inclui pacientes com retocolite ulcerativa, está de acordo com alguns relatos da literatura mundial^{6, 7, 8}.

Nós encontramos uma alta incidência de tumores localizados no reto e sigmóide (87,5%). Bülow⁶ relatou 73%, incluindo cânceres do canal anal. Mortalidade zero não foi a taxa mais encontrada na literatura (0,9%)^{6, 8, 9}.

A alta taxa de tumores do tipo mucinoso (20%) encontrada nos pacientes jovens é 3-4 vezes maior do que a dos pacientes idosos e pode refletir o prognóstico reservado destes pacientes^{10, 11}.

O estágio avançado dos tumores (Dukes C + D = 80%) encontrado neste estudo é similar ao dos encontrados por Howard e cols. (79%)⁴ e Simstein e cols. (78%)¹². O número de pacientes no estágio C e incurável (estágio D) representa um índice de gravidade da doença. Uma representação maior do estágio C (46%) e D (34%) confirma a seguinte observação: os pacientes jovens quando diagnosticados e tratados estão num estágio mais adiantado da doença do que os pacientes com idade mais avançada.

A taxa de cura máxima de 31% é semelhante à da

Tabela 4 - Relatos de pacientes jovens com câncer colorretal

Autor	Dukes C + D (%)	Sobrevida 5 anos (%)	Pouco difer. (PD) mucinoso (M)	Número de pacientes
Recalde e cols. (1974)	84	13		
Howard e cols. (1975)	79	31	M = 25%	137
Walton e cols. (1976)	69	41	M = 16%	70
Simstein e cols. (1978)	78	28		41
Bülow (1980)	58	32		951
Öhman (1982)	77	33		48
	(44 + 33)			
Pitluk-Poticha (1983)	67	22	PD = 26%	31
	(22 + 45)		M = 23%	
Behbehani e cols. (1985)	93	23	PD = 21%	47
	(55 + 38)		M = 26%	
Adloff e cols. (1986)	31	59	M = 34%	32
	(28 + 3)			

literatura, que está em torno de 33%^{4, 6, 7}. Dois terços (16) dos pacientes foram operados com finalidade curativa. Sete estão vivos, dando uma taxa projetada máxima de sobrevivida de cinco anos de 44%. A taxa de ressecabilidade foi de 71%, semelhante à relatada por Bülow (75%)⁶. A ooforectomia bilateral deve ser associada em todas as pacientes, já que as recidivas ovarianas são muito graves com alta mortalidade (33% em menos de 6 meses).

A baixa taxa de sobrevivida de cinco anos de 23% relatada por Behbehani e cols.¹¹ é atribuída principalmente ao alto índice de lesões pouco diferenciadas (21%) e mucinosas (26%) e a alta taxa de tumores Dukes C e D (93%). Já os mesmos autores encontraram uma diferença da taxa de sobrevivida de cinco anos nos pacientes do grupo C com idade maior que 40 anos (56%) e menor que 40 anos (34%). Bülow⁶ relatou 21% para o grupo jovem Dukes C. Os bons resultados (59%) relatados por Adloff e cols.¹⁰ deve-se provavelmente ao baixo índice de lesões Dukes C e D (28% e 3%), apesar de 34% de lesões mucinosas (Tabela 4).

O prognóstico ruim dos pacientes jovens com câncer colorretal é devido, principalmente, a três fatores: 1) diagnóstico tardio^{4, 8}; 2) aumento da proporção de tumores Dukes C e D^{6, 7, 11}; e 3) aumento da incidência de carcinoma mucinoso e pouco diferenciado^{10, 11, 13, 14, 15}. A necessidade do diagnóstico precoce e de um melhor tratamento quimioterápico adjuvante do câncer colorretal em pacientes jovens é enfatizada pela alta incidência da doença num estágio avançado e conseqüentemente pela alta taxa de falha do tratamento cirúrgico. O estágio do tumor é o mais importante fator prognóstico, independente da idade^{6, 10}.

SIMÕES DL, RAMOS JR, PINHEIRO RR, BAPTISTA AS - Colo-rectal cancer in young patients.

SUMMARY: From January, 1980, to December, 1987, among 258 patients with colo-rectal cancer treated at the Colo-Proctology Service of the Andaraí Hospital RJ, 24 ones (9.3%) were 40 years of age or less (15 males and 9 females). The majority of the tumours were localized in the sigmoid (20.8%) and in the rectum (66.7%). The staging of the lesions was: Dukes'A = 0%, Dukes'

B = 20%, Dukes' C = 46% and Dukes' D = 34%. The post-operative complications rate was 37.5% and the surgical mortality was 0%. Twenty-nine percent of primitive tumours was unresectable. The follow-up has been performed in 22 patients; 50% died and the mean survival has been 11 months.

KEY WORDS: cancer, colorectal; cancer in young patients

REFERÊNCIAS

- Silverberg E. Cancer statistics 1986; 35: 19-35.
- Goldthorn JF, Powars & Hays DM. Adenocarcinoma of the colon and rectum in the adolescent. Surgery, 1983; 93(3): 409-414.
- Recalde M, Holyoke ED, Elias EG. Carcinoma of the colon rectum, and anal canal in young patients. Surg Gynecol Obstet 1974; 139: 909.
- Howard EW, Carvalho C, Hovey LM, Nelson TG. Colon and rectal cancer in the young adult. Am Surg 1975; 260-265
- Steiner J. Areolan Krebs des Dickdarms bei einen neun-Jährigen Knaben. Jahrb Kinderh 1865; 7: 61-4.
- Bülow S. Colorectal cancer in patients less than 40 years of age in Denmark, 1943-1967. Dis Colon Rectum 1980; 23: 327-336.
- Öhman U. Colorectal carcinoma in patients less than 40 years of age. Dis Colon Rectum 1982; 209-214.
- Walton WW Jr, Hagihara PF, Griffen WO Jr. Colorectal adenocarcinoma in patients less than 40 years old. Dis Colon Rectum 1976; 19: 529-34.
- Coffey RJ, Cardenas F. Cancer of the bowel in the young adult. Dis Colon Rectum 1964; 7: 491.
- Adloff M, Arnaud JP, Schloegel M, Thibaud D & Bergamaschi R. Colorectal cancer in patients under 40 years of age. Dis Colon Rectum 1986; 29: 322-325.
- Behbehani A., Sakwa M, Ehrlichman R, Maguire P, Friedman S, Steele Jr. GD & Wilson RE. Colorectal carcinoma in patients under age 40. Ann Surg 1985; 610-614.
- Simstein NL, Kovalcik PJ & Cross GH. Colorectal carcinoma in patients less than 40 years old. Dis Colon Rectum 1978; 169-171.
- Pitluk L & Poticha SM. Carcinoma of the colon and rectum in patients less than 40 years of age. Surg Ginecol Obstet 1983; 157: 335-337.
- Sanfelippo PM & Beahrs OH. Carcinoma of the colon in patients under forty years of age. Surg Gynecol Obstet 1974; 138: 169-170.
- Martin EW, Joyce S, Lucas J, Clausen K & Cooperman M. Colorectal carcinoma in patients less than 40 years of age. Dis Colon Rectum 1981; 24: 25-28.