

CORDEIRO F, GINANI FF, ANDRADE NA & NOGUEIRA LAL - Tribuna livre: Como eu faço. *Rev bras Coloproct*, 1998; 18(2): 127-129

Como sempre, gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta sessão pois, sem eles, ela não existiria. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Além destes agradecimentos, gostaríamos de lembrar aos colegas que esta é uma **TRIBUNA LIVRE** e não há necessidade de convites para que sua opinião seja discutida. Enquanto houver distintos posicionamentos dos apresentados, o tema será mantido ou retornará à discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Gostaríamos ainda de solicitar aos colegas que queiram participar, que enviem sugestões de novos temas ou perguntas, bem como suas condutas nos casos discutidos.

Àqueles interessados em colaborar, manteremos sempre um canal aberto pelo fax: (019) 254-3839 ou E. mail: scut@lexxa.com.br.

O tema desta edição será **CÂNCER COLORRETAL: ESTADIAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO** e contamos com a colaboração de três membros titulares da nossa Sociedade:

1. Francisco Floripe Ginani (DF)
2. Nelmar de Araújo Andrade (MG)
3. Luis Américo Limberti Nogueira (SP)

1. Em um paciente portador de neoplasia maligna colorretal cujo achado foi por retossigmoidoscopia rígida, você acha necessário colonoscopia para estadiamento pré-operatório? Por quê?

Francisco Floripe Ginani - Sim. Se a lesão permitir a passagem de um tubo flexível ou em último caso um meio de contraste, é preferível a investigação pré-operatória com o estudo de todo o intestino grosso. A presença de lesões metacrônicas e sincrônicas (2 a 5%) poderá mudar a conduta e estratégia cirúrgica. Em caso de não haver o estudo do cólon pré-operatoriamente, a colonoscopia deverá ser antecipada no pós-operatório imediato para três a seis meses.

Nelmar de Araújo Andrade - Sim. Consideramos a colonoscopia importante, não para o estadiamento da lesão maligna e sim para a detecção de tumores malignos ou benignos sincrônicos em outros segmentos cólicos.

FERNANDO CORDEIRO - TSBCP
FRANCISCO FLORIFE GINANI - TSBCP
NELMAR DE ARAÚJO ANDRADE - TSBCP
LUIZ AMÉRICO LIMBERTI NOGUEIRA - TSBCP

A colonoscopia só não estaria indicada nos casos em que a neoplasia colorretal ocasionar estenose importante, impedindo a passagem do colonoscópio.

Luis Américo Limberti Nogueira - Sim. Na verdade, a colonoscopia não é um exame de estadiamento, mas complementar ao diagnóstico já feito pela retossigmoidoscopia rígida. A avaliação completa do colo é imprescindível quando se considera a possibilidade de lesões associadas, principalmente dos tumores sincrônicos. Outro aspecto importante da colonoscopia é avaliação macroscópica da lesão mais completa, podendo nos dar as reais características da lesão como seus limites, aspecto infiltrativo, extensão, além de que, em alguns casos com os recursos de magnificação de imagens e cromoscopia, detectar cânceres precoces.

2. No tocante a exames laboratoriais, quais os de sua preferência para estadiamento tumoral? (Marcadores, enzimas, etc.)

Francisco Floripe Ginani - Caracterizando o estadiamento como um esforço de identificação presuntiva da doença não reconhecida, no qual empregam-se testes ou exames que podem ser aplicados com presteza, os exames laboratoriais disponíveis falham nesse objetivo. Testes laboratoriais como a albumina e a hemoglobina podem ser úteis. Porém, enzimas tipo fosfatase alcalina, TGO, TGP, gama GT mesmo sendo utilizadas, no entanto têm mínima sensibilidade em diagnosticar pequenas lesões hepáticas.

O CEA tem valor relativo, importando os valores encontrados pré-operatórios para comparação com os níveis obtidos no pós-operatório, podendo-se fazer juízo do resultado da terapêutica empregada e da possibilidade de recorrência. O CEA tem algum valor prognóstico e nenhuma redução do nível pré-operatório dentro das primeiras seis semanas depois da cirurgia sugere a persistência do tumor. O CEA se altera somente em 25% dos pacientes com lesão inicial e 20% dos pacientes não demonstram alteração da normalidade.

Outros marcadores incluindo CA 19.9, CA50, CA195 e TPA têm muito menor valor preditivo do que o CEA e anticorpos monoclonais anti-CEA podem aumentar a sensibilidade desse exame. Sua reação com DNA-anaploidia é duvidosa, que por sua vez não indica agressividade do tumor.

Nelmar de Araújo Andrade - Não utilizamos exames laboratoriais no estadiamento pré-operatório do câncer colorretal. Consideramos a dosagem periódica do CEA importante

para detecção de recidiva tumoral, no acompanhamento pós-operatório dos pacientes com câncer colorretal.

Luis Américo Limberti Nogueira - Para estadiamento pré-operatório considero importante a dosagem das enzimas fosfatase alcalina e gama GT com o objetivo de detectar alterações hepáticas decorrentes de atividade tumoral metastática. A dosagem dos marcadores tumorais como os antígenos cárcino-embriônico (CEA e CA 19.9) não tem valor no estadiamento, porém é fundamental dosá-los no pré-operatório para que tenhamos um parâmetro de acompanhamento pós-operatório.

Se a dosagem desses marcadores for normal no pré-operatório, provavelmente eles serão de pouca utilidade no acompanhamento pós-operatório dos pacientes com câncer colorretal. Porém, quando aumentados no pré-operatório, são de grande valia no acompanhamento pós-operatório pois indicam atividade neoplásica, sendo então o reestadiamento imperioso.

3. E com relação aos exames por imagem: Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética ou Ultra-sonografia Abdominal? Ou todos?

Francisco Floripe Ginani - O estadiamento pré-operatório do tumor colorretal encontra no tumor de reto, em particular, o seu valor mais crítico.

Embora hoje se saiba que não haja diferença significativa quanto a sobrevida e recorrência do tumor de reto no tocante a escolha cirúrgica, a avaliação da extensão da lesão e a penetração na parede intestinal influencia a conduta cirúrgica e o seu prognóstico. Além do toque retal analisando com critério, a ultra-sonografia transanal atualmente com possibilidade de emprego com aparelho endoscópico flexível, determina o grau de invasão parietal da lesão colorretal. A ultra-sonografia, a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética detectarão metástases hepáticas acima de 2 cm em diâmetro com um alto grau de acurácia. A ecografia é um procedimento mais barato, mas a variação entre pessoas que a interpretam é muito grande. Ao TC abdominal, indicado para câncer de cólon, tem sido imputada a mudança de manuseio operatório ou pré-operatório em cerca de 35% dos casos. O TC ainda é mais preciso em detectar recorrência local e metástases ganglionares, sendo a solicitação de um TC no pós-operatório imediato de câncer colorretal necessário para comparar com exame pré-operatório. A ressonância magnética tem sido mais útil em estudo da pélvis pós-cirurgias do reto, e em casos tratados com irradiação.

Nelmar de Araújo Andrade - Consideramos a ultra-sonografia abdominal o exame de escolha no estadiamento do câncer colorretal devido ao seu baixo custo e facilidade técnica na sua execução.

A tomografia computadorizada fica reservada para os casos não esclarecidos pela Ultra-sonografia abdominal. Não utilizamos a ressonância magnética no estadiamento pré-operatório dos tumores colorretais.

Luis Américo Limberti Nogueira - No geral a ultra-sonografia abdominal (US abd.) é suficiente para a avaliação hepática no que diz respeito à ocorrência de lesões hepáticas secundárias. Os outros exames como a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) poderão ser indicados nos casos em que a US abd. suscitar dúvidas ou na suspeita de lesões intraperitoneais.

4. Algum outro exame por imagem? Raio X de tórax? Enema opaco? Ultra-sonografia transanal?

Francisco Floripe Ginani - O Rx de tórax é um exame barato, de fácil realização e disponibilidade que poderá ser utilizado no pré-operatório, mais para avaliação cardiorrespiratória do que para diagnosticar lesões pulmonares isoladas que são raras, não se justificando sua solicitação de rotina. O TC de tórax, quando indicado, traria maiores informações.

Nelmar de Araújo Andrade - A radiografia do tórax é um exame de rotina no pré-operatório da cirurgia de câncer colorretal. Pode demonstrar a presença de nódulos metastáticos e revela a situação do parênquima pulmonar antes da operação. Atualmente o enema opaco só deve ser utilizado nos casos em que foi impossível efetuar a colonoscopia.

Consideramos a ultra-sonografia transanal um exame importantíssimo para o estadiamento do câncer retal, uma vez que demonstra o grau de invasão tumoral na parede do reto e o comprometimento linfonodal.

Atualmente é um exame indispensável no estadiamento dos tumores malignos do reto quando se propõe a ressecção local. Infelizmente ainda não dispomos deste recurso propedêutico, em nosso meio.

Luis Américo Limberti Nogueira - Como parte integrante do estadiamento, o Rx de tórax auxilia na procura de lesões pulmonares e se presta também como exame pré-operatório. As lesões suspeitas de metástases poderão ser avaliadas com o TC ou a RM, ou com exames mais simples como a planigrafia do tórax.

O enema opaco já não teria indicação no estadiamento. O ultra-som transanal e o ultra-som endoscópico estariam indicados nas suspeitas de tumores iniciais, na tentativa do estadiamento local e locorregional dessas lesões, detectando metástases linfonodais e o grau de invasão nas camadas da parede do cólon.

5. Algum recado adicional?

Francisco Floripe Ginani - Infelizmente, apesar dos esforços mundiais dispensados no estadiamento e tratamento dos tumores colorretais, o ganho obtido com a cura tem sido decepcionante. Como se sabe, muitos desses tumores são diagnosticados no estágio além da possibilidade de cura. Por conseguinte, investimento maciço deve ser implementado na identificação de pacientes e dos grupos de risco, tanto no trabalho de vigilância como no atendimento à população, com

estratégia agressiva, na identificação e erradicação das lesões pré-cancerosas, cirurgias preventivas e diagnóstico das displasias intestinais.

Os esforços para diagnosticar o câncer colorretal têm sido enormes, mas a combinação da melhor compreensão da doença, de intervenções cirúrgicas melhor executadas com terapêuticas médicas e cirúrgicas, devem fazer diferença.

O domínio da biologia molecular com a terapia genética chegará a ocupar um espaço por todos aguardado.

Luis Américo Limberti Nogueira - O estadiamento pré-operatório bem conduzido diminui a possibilidade de não se encontrarem lesões associadas e metástases, ajuda o planejamento da tática cirúrgica, orienta o acompanhamento pós-operatório e o tratamento complementar, além de diminuir o custo no tratamento dos pacientes com câncer colorretal.

Esta rodada de perguntas e respostas encerra esta sessão

da **TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO**. Agradecemos novamente a inestimável colaboração dos colegas.

Este tema é amplo e nossa intenção é a de dar um rápido enfoque do tratamento da enfermidade em vários locais alcançados por nossa Sociedade.

Se você tem alguma opinião divergente ou gostaria de completar aquilo que foi aqui referido, escreva-nos.

Gostaríamos de ter sua participação efetiva independente de sua titulação dentro da sociedade e mais uma vez agradecer àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente concisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta **TRIBUNA**.

Novamente, o nosso fax é: **(019) 254-3839** e **E.mail: scut@lexxa.com.br**. Participe.

Fernando Cordeiro