



2º Congresso

**Tudo é
Ciência:**
**(Ser) Humano na
Sociedade 5.0**



ORGANIZADO POR:

UniFOA

Carcinoma de células escamosas de cólon e reto: Relato de caso e revisão da literatura

Silvia Souza Salvato¹; 0000-0001-9763-8278

Matheus da Costa Marques¹, 0000-0002-6592-0487

Guilherme Maciel da Cunha Lopes¹, 0000-0002-5654-3579

Daniely Ferreira Santos de Moraes¹ 0009-0008-1479-2850

Biazi Ricieri Assis¹, 0000-0002-2727-5472

Heloisa Resende¹ 0000-0003-4692-3743

1 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.

heloisa.resende@terra.com.br (contato principal)

Resumo: O câncer de cólon e reto configuram a terceira causa de morte em homens e a segunda em mulheres relacionadas ao câncer no mundo, sendo o adenocarcinoma a histologia mais comum. O tratamento para o adenocarcinoma é bem estabelecido na literatura, todavia em relação às histologias raras como o carcinoma de células escamosas (CEC), o melhor tratamento é ainda indefinido. A raridade desta histologia limita a condução de ensaios clínicos randomizados e o tratamento é guiado com base em extrapolação de dados de adenocarcinomas e CECs de outros sítios topográficos. Descrevemos um relato de caso, de uma mulher de 73 anos cujo diagnóstico de carcinoma na junção retossigmoide se deu cerca de 6 meses após o aparecimento de sintomas intestinais típicos de neoplasia, que a levaram a realização de uma colonoscopia após piora dos sintomas. Durante a colonoscopia foram realizadas duas biópsias que revelaram o diagnóstico de carcinoma espinocelular. Diagnosticada a patologia, optou-se pela realização de uma retossigmoidectomia com linfadenectomia pélvica e, a seguir, a paciente foi encaminhada para o tratamento adjuvante com quimioterapia e radioterapia. A quimioterapia administrada foi fluorouracil infusional por 96 horas e cisplatina no primeiro dia de infusão, ciclos a cada 28 dias. O tratamento ocorreu de março a setembro de 2018. Realizados exames de imagem (tomografia de abdômen, pelve, tórax, e nova colonoscopia) ao término do tratamento adjuvante demonstrando ausência de neoplasia. A demora de 6 meses desde o início dos sintomas até o diagnóstico, e a não realização de exame de rastreamento após os 50 anos, são fatores que expõem a necessidade de implantar estratégias de rastreamento em população assintomática (população acima de 50 anos, alvo para esse tipo de rastreamento) e de treinamento e educação continuada das equipes de atenção primária quanto a necessidade de implementar propeidêutica na vigência deste tipo de sintomas. Apesar do atraso no diagnóstico, foi possível identificar a neoplasia em estágio II, com implementação de cirurgia com intenção curativa para o CEC.

Palavras-chave: Câncer colorretal. Neoplasia. Adenocarcinoma. Carcinoma. Escamoso.



2º Congresso
**Tudo é
Ciência:**
**(Ser) Humano na
Sociedade 5.0**

2º Congresso Brasileiro de Ciências e Saberes Multidisciplinares
Volta Redonda - RJ | 26 a 28 de Outubro

ORGANIZAÇÃO

UniFOA



INTRODUÇÃO

Câncer de cólon e reto corresponde a terceira causa de morte em homens e a segunda causa de morte em mulheres no mundo todo, sendo o adenocarcinoma a histologia mais comum. O tratamento para esta histologia é bem estabelecido hoje na literatura, entretanto em relação às histologias raras como o carcinoma de células escamosas (CEC) o melhor tratamento é ainda indefinido. O CEC colorretal corresponde a cerca 0,1 a 0,25 por 1000 neoplasias colorretais. (JUTURI, 1999) (FAHIM, 2006).

Recentes dados têm demonstrado elevação das taxas de incidência a partir de 1992 estimando-se 5,9% ao ano (KANG, 2007). No passado, o tratamento recomendado era por semelhança ao adenocarcinoma de reto, porém mais recentemente houve mudança nesta recomendação e hoje se preconiza tratamento semelhante ao tratamento do CEC de canal anal (DAVID, 2016).

A raridade desta histologia limita a realização de ensaios clínicos randomizados e fundamentamos o tratamento com base na literatura disponível que corresponde a séries de casos e relatos de casos. A seguir, relatamos um caso de CEC de sigmoide que foi diagnosticado e tratado no hospital de referência para tratamento em oncologia pelo sistema único de saúde na região (UNACON) e discutimos as evidências disponíveis na literatura que nortearam nossas decisões.

Os procedimentos realizados nesse trabalho seguiram as normas do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA, registrado no CAAE sob o número 39703720.3.0000.5237. Além disso, a paciente



assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a formulação desse relato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relato do caso

A.P., feminina, 73 anos, aposentada, residente de Porto Real – RJ, com histórico familiar de neoplasia no trato gastrointestinal. Relatou apresentar os primeiros sintomas em julho de 2017 com dor pélvica do tipo cólica que irradiava para as costas acompanhada de dificuldade de deambular, diminuição do hábito intestinal de uma vez ao dia para 2 ou 3 vezes por semana, tenesmo, perda ponderal, sensação de presença de ferida anal e episódios de fezes sanguinolentas. Relata ainda que após esses episódios realizou colonoscopia que demonstrou lesão compatível com carcinoma localizada na junção retossigmoide. A paciente teve piora dos sintomas e piora da constipação além de episódios de fezes líquidas, mantendo hematoquezia. A paciente procurou o cirurgião oncológico que solicitou biópsia que foi realizada duas vezes para confirmação do diagnóstico e que apontou carcinoma espinocelular. Após o exame histopatológico foi realizada a cirurgia, a escolha foi pela retossigmoidectomia com linfadenectomia pélvica. A paciente foi encaminhada para o tratamento adjuvante com quimioterapia e radioterapia. Exames de imagem no pós-operatório demonstraram a presença de ascite em pequeno volume, que foi atribuída ao dano aos vasos linfáticos. Houve resolução espontânea da ascite.

A quimioterapia administrada foi com regime de fluorouracil infusional por 96 horas associada a cisplatina no primeiro dia de infusão, ciclos a cada 28 dias regime indicado no tratamento de CEC de canal anal. A escolha deste regime, se dá pela



histologia, células escamosas, primariamente sensíveis a estes quimioterápicos. A radioterapia envolveu a pelve e campos de drenagem linfática, também a semelhança do protocolo para tratamento CEC do canal anal.

O término do tratamento foi em setembro de 2018, a paciente retornou em 27-11-18 para consulta, com exames de imagem (tomografia de abdômen, pelve, tórax, e nova colonoscopia) demonstrando ausência de neoplasia. A proposta é manter seguimento clínico trimestral com consultas e exames de imagem uma vez por ano ou a qualquer momento se houver sinais e sintomas que precisem ser investigados.

A sintomatologia é semelhante ao adenocarcinoma. Entretanto, no caso em questão destacamos a demora de 6 meses na realização do diagnóstico, desde os sintomas iniciais, o que nos motiva a descrever o caso na tentativa de sensibilizar os profissionais da atenção básica sobre a existência de neoplasias no cólon esquerdo, cujos sintomas não causavam grande mudança em seu *performance status*.

No caso relatado foram realizados exames de imagem (Ressonância magnética de abdômen e RX tórax com vistas a obter o estadiamento clínico, e foram compatíveis com a presença de doença localizada na junção retossigmoide, o que corroborou a indicação cirúrgica. Para tumores do trato gastrointestinal, o estadiamento cirúrgico tem maior correlação com os dados de sobrevida e deve ser utilizado para a decisão sobre a indicação de tratamento adjuvante. No caso em questão o estadiamento cirúrgico foi T4N0M0 – que equivale ao grupamento II.

Exames de imagem de controle no pós-operatório revelaram a presença de ascite, que foi confirmada por ressonância magnética do abdome. Outro achado relevante foi a persistência de anemia no pós-operatório tardio. Não foram detectados



sinais de doença metastática no intraoperatório, e a quantidade de líquido intraperitoneal era muito pequena, também não havendo aumento deste volume no período de observação entre a cirurgia e o início do tratamento quimioterápico, o que nos levou a considerar a hipótese de que o líquido intraperitoneal foi em decorrência da extensa linfadenectomia realizada. Mantivemos, então, o planejamento inicial de realização da quimioterapia em caráter adjuvante associada a radioterapia. Não realizamos paracentese devido a quantidade de líquido ser pequena e a paciente estar assintomática. Avaliação do cirurgião oncológico foi de que a paracentese nem seria possível, a punção seria seca, pelo volume de líquido apontado e pelo fato de a ascite não ser perceptível clinicamente.

A escolha pela cirurgia como abordagem primária seguida de tratamento adjuvante

A maioria dos estudos retrospectivos sugerem o tratamento por semelhança ao tratamento de carcinoma de canal anal, descreve série de casos de localização retal (MUSIO, 2015) (SCHERNBERG, 2016).

Neste contexto, ocorre uma igualdade de tratamentos entre canal anal e reto, mas para casos de CEC de reto alto e sigmoide, encontramos uma série de casos mantendo a indicação de cirurgia como abordagem primária (FRIZELLE, 2009). Portanto, os dados disponíveis são insuficientes para assumir radioquimioterapia como abordagem primária nesta localização específica, a escolha do tratamento cirúrgico nesta histologia direcionada pela localização do tumor, sendo tumores de reto inferior e médio abordados primariamente com radiocirurgia e tumores de reto alto e sigmoide abordados primariamente com cirurgia.



Ainda não está estabelecido o melhor regime de quimioterapia para CEC de reto e sigmoide, já que há pouco conhecimento disponível sobre seu comportamento clínico e biológico. Baseamos nossa escolha pelo regime de Nigro, pois direcionamos a quimioterapia e radioterapia pela histologia tumoral. O regime de Nigro e suas variações constituem o tratamento padrão para o CEC de canal anal desde 1975. (NIGRO, 1984) (GLYNNE-JONES, 2014)

O tratamento quimioterápico consistiu na aplicação da quimioterapia com 5-fluorouracil infusional 1.000 mg/m² D1-4 e carboplatina. AUC de 5 a cada 28 dias, total de 6 ciclos. Modificada a cisplatina (escolha inicial pela carboplatina) porque a paciente apresentava clearance de creatinina inferior a 30 ml/minutos no momento de admissão para o primeiro ciclo de quimioterapia. Tal alteração foi atribuída ao histórico de hipertensão arterial sistêmica de longa evolução. Radioterapia foi também atrasada devido ao achado de ascite que inicialmente foi atribuída a doença metastática e, somente após percepção de estabilidade do volume concluímos tratar-se de acúmulo de linfa como resultado de extensa dissecação linfonodal realizada. Radioterapia foi realizada concomitantemente aos ciclos 3 e 4 da quimioterapia.

CONCLUSÕES

Carcinoma de células escamosas do reto e cólon são neoplasias malignas raras, cujo tratamento tem sido baseado em experiências de relatos de séries de casos descritas na literatura, levando-se em consideração a histologia para guiar o tratamento. Tumores de reto baixo são tratados como carcinomas de canal anal e tumores de colon são tratados como adenocarcinomas. O melhor entendimento das vias de mutações genéticas que como se sabe hoje, determinam o comportamento



tumoral, podem no futuro próximo auxiliar no entendimento e avanços no tratamento, uma vez que a condução de estudos clínicos randomizados com a finalidade de comparar intervenções, parece de difícil condução devido a pequena incidência da neoplasia.

REFERÊNCIAS

DAVID PR, CHRISTOPHER GW. Clinical features, staging, and treatment of anal câncer. *World J Gastrointest Surg* 2016 March 27; 8(3): 252-265. [Consultado em: 14 de Abr. 2018].

FAHIM, Fraz et al. Squamous cell carcinoma of colon and rectum. *Saudi Med J*. 2006 Jun;27(6):874-7. [Consultado em: 08 de Ago. 2023]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16758054>

FERLAY, Jacques et al. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012: Globocan 2012. *International Journal of Cancer*. *Journal International Du Cancer*, 136(5), E359–E386. <https://doi.org/10.1002/ijc.29210>. [Consultado em: 08 de Ago. 2023]

FRIZELLE, FA, HOBDAK KS, BATTIS KP. Adenosquamous and squamous carcinoma colon e superior rectum. *Diseases of the colon & rectum*. 2001;44:341-346. [Consultado em: 08 de Ago. 2023]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11289278/>.

GLYNNE-JONES Robert et al. Anal cancer: ESMO-ESSO-ESTRO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Radiother Oncol* 2014; 111:330-339. [PMID: 24947004 DOI: 10.1016/j.radonc.2014.04.013]. [Consultado em: 08 de Ago. 2023]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>



MUSIO D et al. Squamous cell carcinoma of the rectum: The treatment paradigm. *Eur J Surg Oncol* 2015; 41: 1054-1058 [PMID: 25956212 DOI: 10.1016/j.ejso.2015.03.239]. [Consultado em: 08 de Ago. 2023] Disponível em: [https://www.ejso.com/article/S0748-7983\(15\)00386-8/fulltext](https://www.ejso.com/article/S0748-7983(15)00386-8/fulltext)

NIGRO ND. An evaluation of combined therapy for squamous cell cancer of the anal canal. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 763-766 [PMID: 6499614 DOI: 10.1007/BF02553933][Consultado em: 08 de Ago. 2023]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6499614/>

SCHERNBERG, A et al. Rectal squamous cell carcinoma treatment: retrospective experience in two French university hospitals, review and proposals. *Cancer Radiotherapy*, 2016; 20(8):824-829. [Consultado em: 08 de Ago. 2023]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27789176/>

JUTURI, J. V. et al (1999). Squamous-cell carcinoma of the colon responsive to combination chemotherapy: Report of two cases and review of the literature. ***Diseases of the Colon and Rectum***, 42(1), 102–109. <https://doi.org/10.1007/bf02235191>. [Consultado em: 08 de Ago. 2023]

KANG, Hakjung et al. Rare tumors of the colon and rectum: a national review. ***Int J Colorectal Dis***. 2007 Feb;22(2):183-9. [Consultado em: 08 de Ago. 2023]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16845516/>