

Mito.

Câncer de cólon é o mesmo que câncer de reto.

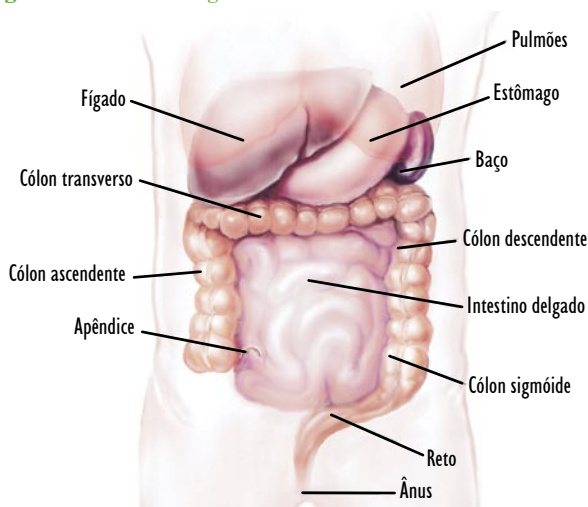
Verdade.

Câncer de cólon e de reto são frequentemente agrupados como "câncer de intestino" ou "câncer colorretal". No entanto, há diferenças importantes. Câncer de reto origina-se nos 15 cm finais do trato digestivo. Câncer que se origina de áreas do intestino acima do reto é chamado câncer de cólon. Recidiva local (aparecimento de tumores após cirurgia) na pelve é mais comum com câncer de reto.

O que é o câncer de intestino?

Câncer de intestino é um importante problema de saúde pública, especialmente nos países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, estima-se que 147.000 pessoas são diagnosticadas anualmente com câncer de intestino e aproximadamente 57.000 morrem por causa da doença. É o terceiro tipo de câncer mais comum, após o câncer de mama e pulmão nas mulheres e do câncer de próstata e pulmão nos homens, com exceção do câncer de pele. As Estimativas de Incidência de Câncer no Brasil para 2006, publicadas pelo INCA, apontam o câncer colorretal como o 5º tumor maligno mais frequente entre homens (com 11390 casos novos) e 4º entre as mulheres (13970 casos novos). A maior incidência de casos ocorre na faixa etária entre 50 e 70 anos, mas as possibilidades de desenvolvimento já aumentam a partir dos 40 anos.

Figura 1: O intestino grosso e a anatomia ao redor



No entanto, a incidência entre negros vem aumentando desde o início dos anos 70, mas a razão para isto é desconhecida.

Câncer é um crescimento anormal e descontrolado de células. Normalmente, as células do corpo se dividem de modo regular, com novas células sendo formadas para substituir igual número de células que se “esgotaram” ou para reparar danos. No câncer, células proliferam descontroladamente e o crescimento anormal de células cancerosas forma tumores, os quais podem destruir ou substituir tecidos normais do organismo. Nem todos os crescimentos anormais – conhecidos como tumores – são cancerosos ou malignos. Um tumor benigno não é canceroso. As células de um tumor benigno têm aparência similar à de células normais. Embora um tumor benigno possa crescer até se tornar suficientemente grande para interferir com as funções normais do organismo, ele não se dissemina para outras partes do corpo. Tumores benignos que são retirados raramente retornam.

Tumores cancerosos, ou malignos, podem invadir tecidos ao redor. Através de um processo conhecido como metástase, células malignas migram para locais distantes no corpo, onde as células podem se multiplicar novamente e formar novos tumores, ou metástases.

O câncer de intestino se origina nas porções inferiores do trato digestivo. A figura 1 mostra a anatomia do abdômen, incluindo o cólon e o reto. Também conhecidos como intestino grosso, o cólon e o reto absorvem água e vitaminas dos alimentos digeridos e, além disso, compactam os restos em fezes, que são eliminadas do corpo através do ânus.

O cólon tem aproximadamente 7 cm de diâmetro e 1,5 metro de comprimento. Ele é dividido em quatro partes principais: o cólon ascendente (direito), o transversal (o cólon transversal), o cólon descendente (esquerdo) que, então, se curva em um segmento em forma de “S” (o cólon sigmóide) antes de se unir ao reto. O reto mede aproximadamente 15 cm e vai até o ânus.

A maioria dos cânceres de intestino se origina de células da camada interna da parede do cólon e do reto. Esta camada é chamada de mucosa; 90 a 95% dos cân-

Mito.

Câncer de cólon afeta apenas pessoas idosas.

Verdade.

A idade média na qual o câncer de intestino ocorre é 62 anos, mas o risco de desenvolver câncer de cólon começa a aumentar a partir dos 40 anos. Além disso, muitas pessoas jovens têm fatores de risco para câncer de cólon. Existem também alguns casos de pacientes mais jovens que desenvolvem câncer de cólon antes dos 40 anos.

“Antes de ser diagnosticado com câncer, eu fazia planos de longo prazo para cinco, até dez anos para frente, como se o futuro estivesse garantido. Eu não tive tempo para aproveitar o que possuía. Agora eu vivo um dia de cada vez. Eu aproveito as coisas simples da vida.”

ceres de intestino são classificados como adenocarcinomas.

Denomina-se estadiamento a determinação da extensão do tumor. Geralmente o estágio de um câncer é baseado em fatores como o tamanho do tumor e se o câncer se disseminou para linfonodos ou para locais mais distantes (metástases). No entanto, no câncer de intestino, a profundidade com que o tumor invade a parede do intestino tem papel mais importante no estadiamento que o tamanho do tumor.

Como muitos cânceres, o estágio do câncer no momento do diagnóstico é importante para determinar o prognóstico ou possível desfecho para o paciente, incluindo a possibilidade do câncer retornar ou recidivar e como isto afetará a sobre vivência. Outros fatores como idade, sexo, se a pessoa tem sintomas e há quanto tempo, não têm sido consistentemente associados com o prognóstico.

O que causa câncer de intestino?

A causa exata do câncer de intestino ainda é desconhecida, mas certos fatores sabidamente aumentam o risco de desenvolver esta doença. Existem, ainda, outros fatores suspeitos de aumentar o risco de câncer de intestino, mas as evidências não estão bem estabelecidas.

Fatores de risco conhecidos

Os seguintes fatores de risco aumentam comprovadamente o risco de desenvolver câncer de intestino.

História de pólipos adenomatosos: Câncer de intestino geralmente se origina de um certo tipo de pólipo, um crescimento encontrado na camada interna do cólon, conhecido como pólipo adenomatoso. Indivíduos com história de pólipos adenomatosos desenvolvem câncer de intestino com maior frequência que aqueles sem pólipos. As figuras 2 A e 2 B mostram como um cólon normal aparece em um exame e como um pólipo vai aparecer.

Fotos: cortesia de Sidney J. Winawer, MD.

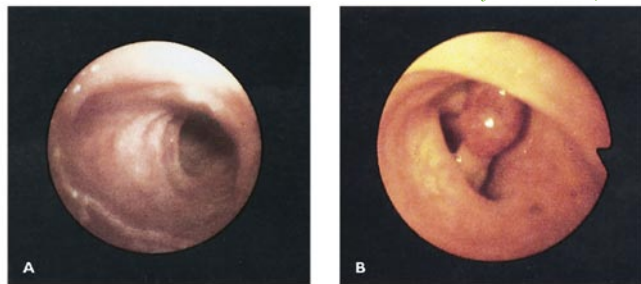


Figura 2: A camada interna do cólon. A: Cólon normal. B: Pólipo colônico.

Em geral, quanto maior o tamanho do pólipo adenomatoso, maior a probabilidade de que ele contenha células cancerosas. Pólipos adenomatosos maiores que 2 cm de diâmetro têm chance 40% maior de possuir células cancerosas. A probabilidade de desenvolver

Mito.

Câncer de cólon ocorre principalmente em pessoas com história familiar de câncer.

Verdade.

Aproximadamente 75% dos casos novos de câncer de cólon ocorrem em pessoas sem fatores de risco para a doença.

Mito.

Todos os tipos de pólipos encontrados no cólon causam câncer.

Verdade.

Massas na camada interna do cólon são conhecidas como pólipos. Pólipos adenomatosos são responsáveis por, aproximadamente, 30 a 50% de todos os pólipos no cólon. Se estes pólipos não forem retirados, eles podem se transformar em câncer. Outros 10 a 30% dos pólipos são conhecidos como pólipos hiperplásicos. Possuir um desses pólipos hiperplásicos não aumenta o risco de câncer de cólon.

câncer de intestino também aumenta com o número de pólipos adenomatosos presentes.

Certas pessoas, que herdaram um gene chamado APC (Adenomatous polyposis coli), desenvolvem numerosos pólipos adenomatosos ao longo do cólon no final da adolescência ou ao redor dos 20 anos de idade. Esta condição é chamada polipose familiar. Sem tratamento médico, praticamente todas estas pessoas desenvolverão câncer de intestino em idade mais jovem que a população em geral.

Doença Inflamatória Intestinal: Doenças que causam inflamação do intestino – como a colite ulcerativa e a doença de Crohn – aumentam o risco de câncer de intestino. O risco é maior para aqueles com colite ulcerativa do que para os com doença de Crohn, e é relacionado com a gravidade e a extensão da doença em um indivíduo em particular. O risco é, ainda, maior quanto maior o tempo que o indivíduo tem de colite ulcerativa. Indivíduos com colite ulcerativa há mais de 30 anos têm chance maior que 30% de desenvolver câncer de intestino. Áreas do cólon afetadas pela colite freqüentemente originam células displásicas (com desenvolvimento anormal, porém ainda não cancerosas) e estas células poderão evoluir para células cancerosas.

História pessoal prévia de câncer: Uma pessoa que já foi tratada de câncer de intestino tem maior risco de desenvolver outro câncer de intestino. Mulheres que já tiveram câncer de mama, ovário ou útero têm maior probabilidade de desenvolver câncer de intestino.

História familiar de câncer: O risco de câncer de intestino é também maior nas pessoas com história familiar de câncer. O câncer de cólon hereditário não relacionado a polipose (HNPCC) é um grupo de doenças que tendem a ser mais comuns em certas famílias. Membros destas famílias têm maior risco de desenvolver câncer de intestino. Existem dois tipos de HNPCC, chamados de A e B. O HNPCC tipo A está associado apenas com tumores do cólon e, mais provavelmente, do cólon direito.

O HNPCC tipo B ocorre em associação com outros

cânceres, como aqueles de mama, estômago, ovário e útero.

Outros possíveis fatores de risco

Meio ambiente: O risco de câncer de intestino é mais baixo na Ásia, África e América do Sul. Quando indivíduos destas regiões de baixo risco migram para outras, eles adotam o risco de câncer de intestino do seu novo país. Isto sugere que certos fatores do meio ambiente têm influência no desenvolvimento do câncer de intestino.

Dieta: Dietas ricas em gordura e colesterol têm sido associadas com aumento no risco de câncer de intestino.

Tabagismo: Estudos recentes sugerem que tabagismo de longa data está associado com maiores taxas de câncer de intestino. O risco parece diminuir após a interrupção do tabagismo.

Possíveis protetores

No passado, estudos indicaram que dietas ricas em fibras, vegetais e alimentos ricos em cálcio podiam proteger contra o câncer de intestino. No entanto, estudos recentes não conseguiram comprovar que uma dieta rica em fibras reduz o risco da doença.

Aspirina e antiinflamatórios não-hormonais (AINH): Não existem evidências que apoiem os efeitos protetores da aspirina. Em indivíduos com diagnóstico recente de adenoma ou história prévia de câncer de intestino, A ingestão diária de aspirina reduziu a incidência de adenomas intestinais. Muitos estudos também sugerem que AINHs, como o sulindaco, podem reduzir o tamanho e o número de pólipos em pessoas com polipose familiar. Outros estudos sugerem um efeito protetor contra pólipos conferido pelos inibidores da COX-2. Celecoxib (Celebra) é um inibidor da COX-2 e a primeira aprovada pelo FDA para tratamento com o objetivo de reduzir o número de pólipos em pacientes com polipose familiar. O papel de tais medicações, na prevenção do câncer, está sendo investigado atualmente.