

## **Mito.**

*Pólipos, em pessoas com história de câncer de cólon, progredem para câncer mais rápido que em pessoas sem história de câncer de cólon.*

## **Verdade.**

*Não há evidência de que os pólipos progredam para câncer mais rapidamente em pessoas com história de câncer de cólon do que em pessoas com risco médio de desenvolver câncer de cólon.*

# Como o câncer de intestino é detectado e diagnosticado?

---

Deteção precoce do câncer de intestino e de pólipos pré-cancerosos é muito importante. Quanto mais precocemente o câncer ou pólipo é detectado, maior a chance de cura.

## **Sintomas associados com o câncer de intestino**

Os sintomas de câncer de intestino dependem do estágio da doença e da área do cólon envolvida.

Durante os estágios iniciais do câncer de intestino, algumas pessoas não apresentam sintomas. Outras se queixam de dor abdominal sem características específicas, gases, alterações discretas do hábito intestinal e cansaço discreto. A maioria destes sintomas é geralmente atribuída a outras condições, como úlceras, pedras na vesícula, hemorróidas ou reações a certos alimentos. Logo, muitas pessoas não procuram atendimento médico precocemente.

Outros sintomas dependem da localização do câncer no cólon ou reto. Câncer de intestino envolvendo o lado direito do cólon pode causar dor abdominal não característica, perda de peso e uma massa palpável no lado direito do abdômen. A perda de sangue desencadeada pela tumoração pode causar anemia, uma redução do número de hemácias que pode ocasionar fraqueza e cansaço. Câncer de intestino envolvendo o lado esquerdo do cólon pode causar cólicas, dor abdominal, náuseas, vômitos ou obstipação alternada com diarreia. Sangramento retal intermitente também pode ocorrer. Pessoas com câncer no reto podem apresentar vontade de evacuar, sangramento retal, espasmos dolorosos, alteração do hábito intestinal e afinamento das fezes (fezes em fita).

## Exame físico

Consultas médicas anuais são recomendadas para a maioria dos indivíduos, como parte da rotina para manutenção da saúde. Para a maioria dos adultos, especialmente aqueles com idade maior que 40 anos de idade, o toque retal faz parte do exame físico da consulta. Câncer de reto na porção terminal, que pode ser alcançado com o dedo, pode ser detectado pelo toque retal.

No entanto, o câncer de cólon está localizado muito acima, no intestino, para ser sentido no toque retal e, portanto, exige exames complementares para ser detectado.

## Exames diagnósticos

**Pesquisa de sangue oculto nas fezes:** O método guaiac utiliza um cartão impregnado com um produto químico que pode detectar a presença de pequenas quantidades de sangue nas fezes, que não podem ser vistas a olho nu. Embora a presença de sangue nas fezes não signifique, necessariamente, que um indivíduo tenha câncer de intestino, ela identifica aqueles indivíduos que devem ser investigados para a doença.

A pesquisa de sangue oculto nas fezes é relativamente barata e indolor, mas não é sempre precisa. Como o sangramento nem sempre ocorre no momento do exame, alguns pólipos e cânceres de intestino não são detectados por este exame. Em outros casos, o exame detecta sangue nas fezes causado por outras condições que não o câncer de intestino, levando a exames adicionais para indivíduos que não têm esta doença.

**Retossigmoidoscopia e Colonoscopia:** Tanto a retossigmoidoscopia como a colonoscopia usam um endoscópio, um instrumento flexível destinado a observar diretamente dentro do cólon (figuras 3 e 4). Com 60 cm de comprimento, o retossigmoidoscópio pode visualizar boa parte do cólon, mas não consegue examinar o cólon inteiro. O colonoscópio pode visualizar o cólon inteiro e, portanto, detectar cânceres localizados no cólon ascendente. A figura 5 descreve as áreas do cólon visualizadas na retossigmoidoscopia e na colonoscopia.

## Mito.

*Sangramento retal que cessa espontaneamente não é devido a câncer de intestino.*

## Verdade.

*Sangramento retal pode ser causado por diversos fatores, incluindo câncer. Pacientes freqüentemente erram ao atribuir o sangramento retal apenas a hemorróidas. Quando o sangramento cessa, os pacientes geralmente não procuram atendimento médico. Pólipos e câncer podem sangrar intermitentemente, logo um episódio de sangramento retal pode ser o primeiro sinal de câncer de intestino. Portanto, sangramento retal deve sempre ser avaliado cuidadosamente para excluir a presença de câncer de intestino.*

## **Mito.**

Como o câncer de intestino é uma doença grave e freqüente, a maioria das pessoas já é rastreada por seus médicos para a doença.

## **Verdade.**

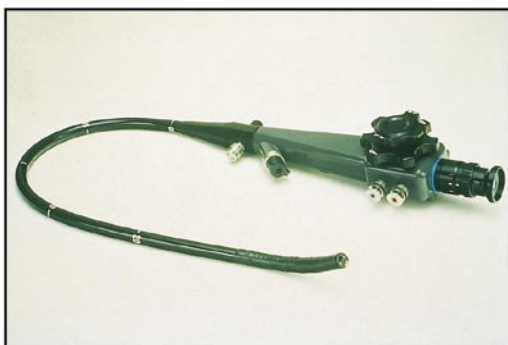
Apesar das recomendações para rastreamento do câncer de intestino, em sua maioria os norte-americanos não são, atualmente, rastreados para a doença. Em uma pesquisa recente com homens e mulheres norte-americanos acima dos 50 anos de idade, 50% relataram que nunca realizaram rastreamento para câncer de intestino.

Durante a colonoscopia, biópsias ou “pequenos fragmentos” de tecido do cólon podem ser obtidos. Estas amostras podem ser examinadas sob um microscópio para a pesquisa de células malignas, que indicam a presença de câncer.

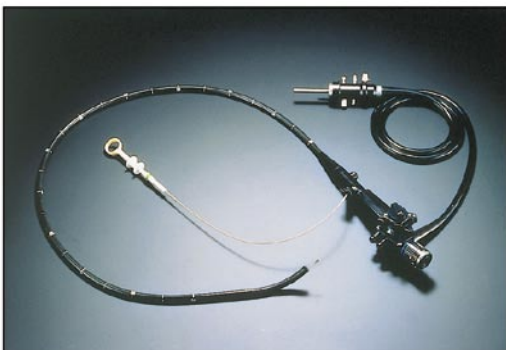
Freqüentemente, pólipos podem ser retirados completamente durante a colonoscopia.

Para obter resultados mais precisos, a retossigmoidoscopia ou a colonoscopia são feitas após o paciente realizar preparo para o exame, seguindo recomendações para remover todas as fezes do cólon e reto, para que a mucosa possa ser melhor visualizada. Isto geralmente inclui limitar a ingesta alimentar no dia anterior ao exame e tomar um líquido que promove o esvaziamento do intestino.

Tanto a retossigmoidoscopia como a colonoscopia são



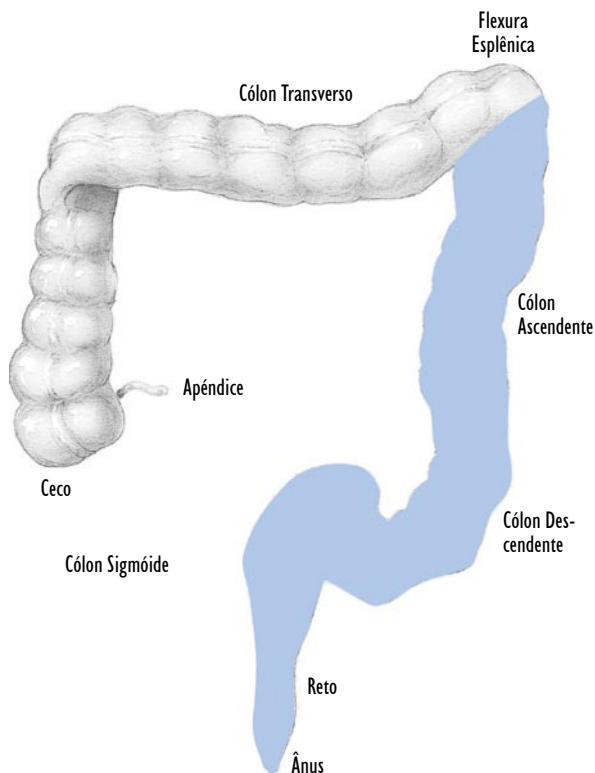
**Figura 3:** Sigmoidoscópio flexível. A fotografia é cortesia da Olympus.



**Figura 4:** Colonoscópio. A fotografia é cortesia da Olympus.

realizadas como procedimentos ambulatoriais, não necessitando hospitalização. No entanto, como são procedimentos invasivos, elas têm um pequeno risco, como infecção, perfuração do intestino e sangramento. Em mãos experientes, estes riscos são mínimos.

**Enema opaco com duplo contraste:** Um enema opaco com duplo contraste fornece uma visão indireta da camada interna do cólon. Bário e ar são usados como duplo contraste para detectar áreas com anomalias que possam indicar câncer de intestino. Ao contrário da colonoscopia, o enema opaco não permite que amostras de tecido sejam retiradas para análise. Como o reto terminal é mal visualizado neste exame, ele pode ser combinado com uma retossigmoidoscopia.



**Figura 5:** O “alcance” do sigmoidoscópio e do colonoscópio. O sigmoidoscópio pode visualizar boa parte do cólon, como indicado pela cor azul, mas não consegue visualizar o cólon inteiro, como o colonoscópio consegue.

### Mito.

Se a pesquisa de sangue oculto nas fezes inicial não mostrar sangue, não são necessários exames adicionais.

### Verdade.

Pólipos, assim como cânceres, podem sangrar intermitentemente. Portanto, uma pesquisa de sangue oculto nas fezes pode ser falsamente negativa. A sensibilidade da pesquisa de sangue oculto nas fezes aumenta com o número de amostras por fezes e com o número de fezes coletadas.

## *Mito.*

*Retossigmoidoscopia visualiza o intestino*

## *Verdade.*

*O sigmoidoscópio mais longo mede aproximadamente 60 cm e não consegue visualizar o cólon inteiro. Para visualizar o cólon inteiro, uma colonoscopia precisa ser realizada. Alternativamente, um enema opaco com duplo contraste também pode visualizar o cólon inteiro, mas não permite retirar tecidos anormais para biópsia.*

**Novas tecnologias para o rastreamento do câncer de intestino:** Diversos novos exames diagnósticos para pesquisar a presença de câncer de intestino estão sendo avaliados. Espera-se que estes exames sejam menos invasivos, mais precisos e melhor tolerados, mas os benefícios destas tecnologias emergentes necessitam de avaliação complementar. Colonoscopia “virtual” pela tomografia utiliza um programa de computador para transformar as imagens da tomografia em imagens bi e tridimensionais do interior do cólon. Este método permitiria visualizar o cólon inteiro rapidamente e, ainda, permitiria visualizar superfícies escondidas atrás de dobras ou pregas, em diferentes ângulos. Pesquisa de sangue oculto nas fezes por imunohistoquímica utiliza uma reação complexa com anticorpos para detectar hemoglobina humana, uma proteína do sangue. Este exame é mais específico que o método de guaiac, com menos resultados falsamente positivos. Finalmente, análise das fezes com o uso de marcadores moleculares para a presença de mutações do DNA que ocorrem no câncer de intestino, com objetivo de indicar tanto a presença de pólipos pré-malignos como de câncer. No entanto, ainda não está estabelecido quais marcadores ou combinação de marcadores seriam mais apropriados para a detecção do câncer.

## ***Recomendações para exames de rastreamento***

O rastreamento do câncer de intestino pode detectar anormalidades no cólon antes de evoluírem para câncer e, ainda, detectar câncer em estágio inicial, quando as chances de cura são maiores. As recomendações para o rastreamento variam conforme o risco do paciente. As diretrizes listadas aqui e na tabela 1 foram atualizadas recentemente pela American Cancer Society (ACS) (Sociedade Americana de Câncer) e incluem várias recomendações para as pessoas com risco médio, aumentado ou alto risco.

**Risco médio:** Indivíduos com risco médio não têm fatores de risco que os colocariam nas categorias de risco aumentado ou alto risco. O rastreamento deve

se iniciar aos 50 anos de idade. As diretrizes da American Cancer Society listam cinco opções de rastreamento e acompanhamento posterior.

**Risco aumentado:** Indivíduos com risco aumentado têm aproximadamente o dobro de risco de desenvolver câncer de intestino. Isto pode ser devido ao diagnóstico de pólipos adenomatosos, história pessoal de câncer de intestino operado com objetivo de cura (ressecção com objetivo de cura) ou história familiar de câncer ou adenoma de intestino.

Pessoas com pólipos adenomatosos devem realizar colonoscopia para retirar todos os pólipos. O tamanho, o número e o tipo dos pólipos retirados irão determinar quando a colonoscopia deve ser repetida. Se, por alguma razão, a colonoscopia não for realizada, pode-se substituir por enema opaco com duplo contraste ou retossigmoidoscopia flexível seguida de enema opaco. Pessoas que realizaram ressecção com objetivo de cura, do câncer de intestino, devem fazer colonoscopia um ano após a cirurgia. Se o exame for normal, ele deve ser repetido em três anos e, se com três anos continuar normal, deve-se repetir após cinco anos.

Risco aumentado devido à história familiar de câncer ou adenoma de intestino, refere-se apenas àqueles com parentes de primeiro grau acometidos, como mãe, pai, irmãos ou filhos. O risco é ainda maior se o parente de primeiro grau teve câncer de intestino ou pólipo adenomatoso diagnosticado antes dos 60 anos de idade. Neste caso, ou se há diversos parentes de primeiro grau acometidos em qualquer idade (excetuando-se as síndromes hereditárias), os indivíduos devem repetir a colonoscopia em intervalos determinados após o primeiro exame.

Se a colonoscopia não for realizada, pode-se fazer enema opaco com duplo contraste ou retossigmoidoscopia flexível seguida de enema opaco.

**Alto risco:** Indivíduos com alto risco têm risco maior que duas vezes o risco médio de desenvolver câncer de intestino, devido a uma doença inflamatória intestinal ou a uma síndrome hereditária.

Para pessoas com doença inflamatória intestinal acometendo a maior parte ou todo o cólon, o risco de câncer de intestino está muito aumentado após oito

## Mito.

*Pessoas com parentes de primeiro grau diagnosticados com câncer de cólon devem retirar seu cólon, já que o risco de desenvolver câncer é muito alto.*

## Verdade.

*O risco de câncer de cólon naqueles com história familiar positiva é duas vezes maior. Porém, isto não é motivo suficiente para retirar o cólon. Em pacientes com síndromes hereditárias de câncer de cólon (Ex.: polipose adenomatosa familiar), a retirada completa do cólon deve ser considerada. No entanto, pessoas com história familiar de câncer de cólon devem iniciar as recomendações para rastreamento do câncer de intestino em idade mais jovem que os pacientes com risco médio.*

anos do início dos sintomas. Colonoscopia com biópsias, para verificar a presença de células displásicas ou anormais, deve ser realizada a cada um ou dois anos após oito anos do início dos sintomas. Se células displásicas estiverem persistentemente presentes, colectomia (cirurgia de retirada do cólon) deve ser considerada como um método de prevenção do desenvolvimento de câncer de intestino. Em indivíduos com colite apenas no lado esquerdo do cólon, estas recomendações devem ser iniciadas 12 a 15 anos após o início dos sintomas.

Indivíduos com história familiar da alteração genética chamada polipose adenomatosa familiar (PAF) devem iniciar rastreamento precoce com colonoscopia, aconselhamento genético e realizar exame para verificar se são portadores do gene para PAF. Se o gene estiver presente, colectomia total está indicada.

Outra síndrome hereditária, o câncer colorretal hereditário não relacionado à polipose (HNPCC), também pode causar câncer de intestino nos membros da família. Indivíduos com história familiar de HNPCC devem receber aconselhamento genético e considerar fazer teste gênico. Se o teste para o gene for positivo ou se não for realizado, colonoscopia deve ser realizada após os 21 anos de idade e repetida a cada um ou dois anos até os 40 anos, após, ela deve ser realizada anualmente.

Pacientes que realizaram cirurgia para câncer de intestino, mas não realizaram colonoscopia antes da cirurgia, devem realizar este exame em um ano após a cirurgia. Se a colonoscopia for normal, a próxima colonoscopia deve ser realizada em três anos. Se a colonoscopia continuar normal, o exame deve ser repetido a cada cinco anos.

As figuras 6 e 7 mostram as diferentes áreas anatômicas do cólon e a distribuição de pólipos e cânceres que podem se desenvolver nestas áreas. Os números apresentados em cada figura se referem à porcentagem de pólipos e cânceres que podem se desenvolver em cada seção anatômica particular do cólon.

**Tabela 1: Diretrizes para rastreamento do câncer de intestino**

**Risco médio:** Aqueles sem fatores que o classificariam como risco aumentado ou alto risco. Todos os procedimentos devem ser iniciados aos 50 anos de idade. As opções listadas abaixo são todas aceitáveis para rastreamento do câncer de intestino em indivíduos com risco médio. A ACS lembra que "retossigmoidoscopia flexível junto com pesquisa de sangue oculto nas fezes é preferível ao uso de um deles isoladamente". Todos os exames positivos devem ser seguidos de colonoscopia.

| Procedimento  | Frequência (iniciando aos 50 anos) |
|---|------------------------------------|
| Pesquisa de sangue oculto nas fezes mais retossigmoidoscopia flexível | Todo ano<br>A cada 5 anos          |
| Pesquisa de sangue oculto nas fezes                                   | Todo ano                           |
| Retossigmoidoscopia flexível  | A cada 5 anos                      |
| Enema opaco com duplo contraste                                       | A cada 5 anos                      |
| Colonoscopia  | A cada 10 anos                     |

**Risco aumentado:** Pessoas com aproximadamente o dobro de risco devido a diagnóstico de pólipos adenomatosos, história prévia de ressecção com objetivo de cura de câncer de intestino ou história familiar de câncer de intestino.

| Procedimento | Categoria de risco   | Quando iniciar   | Quando repetir  |
|--------------|--|--|---|
| Colonoscopia | Pessoas com um adenoma único e pequeno (< 1 cm)  | 3-6 anos após o pólio inicial ser removido   | Se o exame for normal, repetir o exame como em indivíduos de risco médio  |
| Colonoscopia | Pessoas com adenoma grande (> 1 cm), múltiplos adenomas, adenoma com alto grau de displasia ou mudança nos vilos (estruturas na camada interna do cólon)   | Até 3 anos da retirada do pólio ou pólipos iniciais  | Se o exame for normal, repetir em 3 anos. Se continuar normal, seguir as diretrizes de rastreamento para indivíduos com risco médio |
| Colonoscopia | História prévia de ressecção, com objetivo de cura, de câncer de intestino   | Até 1 ano após a ressecção do câncer   | Se o exame for normal, repetir em 3 anos. Se continuar normal, repetir em 5 anos  |
| Colonoscopia | Câncer de intestino ou pólipos adenomatosos em qualquer parente de primeiro grau antes dos 60 anos de idade, ou em dois ou mais parentes de primeiro grau, em qualquer idade (a menos que seja uma síndrome) | Aos 40 anos ou com 10 anos a menos que o indivíduo mais jovem da família a apresentar câncer de intestino ou pólio adenomatoso | A cada 5-10 anos  |

**Alto Risco:** Pessoas com risco maior que duas vezes o risco médio, devido à doença inflamatória intestinal ou síndrome hereditária.

| Procedimento  | Fatores de risco   | Quando iniciar  | Seguimento   |
|---|--|---|--|
| Colonoscopia, com biópsias para pesquisa de displasia | Doença inflamatória intestinal<br>Colite ulcerativa crônica<br>Doença de Crohn | Quando o risco de câncer se torna significante – 8 anos após o início de pancolite ou 12-15 anos após o início de colite do lado esquerdo | Repetir procedimento a cada 1-2 anos   |
| Endoscopia, com aconselhamento para teste genético    | História familiar de polipose adenomatosa familiar (PAF)                       | Puberdade   | Se o teste genético for positivo, colonoscopia está indicada   |
| Colonoscopia, com aconselhamento para teste genético  | História familiar de câncer de cólon hereditário não relacionado à polipose    | 21 anos   | Se o teste genético for positivo ou não for realizado, repetir a colonoscopia a cada 1-2 anos até os 40 anos de idade e, após, todos os anos |

Fonte: American Cancer Society, 2003

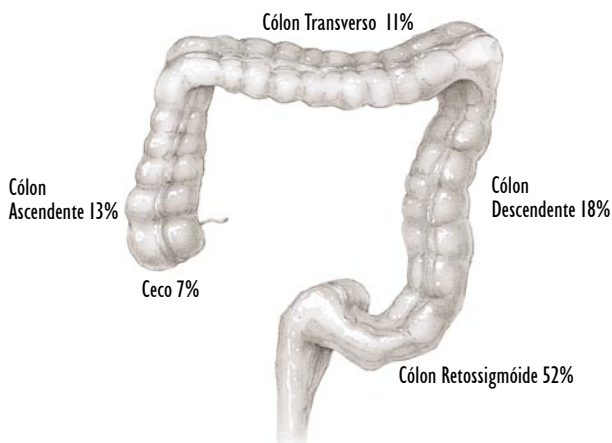
## Mito.

*Câncer de cólon sempre causa sintomas que podem ser prontamente reconhecidos pelos pacientes.*

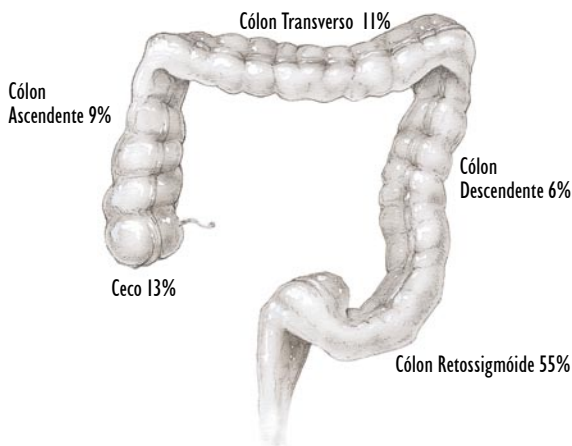
## Verdade.

*Pessoas com câncer de cólon podem não apresentar sintomas inicialmente ou, ainda, apresentar sintomas vagos que poderiam estar relacionados com diversas outras condições. Tais sintomas são frequentemente ignorados. Isto pode levar a um atraso no diagnóstico e, com isso, diminuir as chances de cura, já que as melhores chances de cura do câncer de cólon são quando ele é detectado precocemente.*

“Os exames atuais são precisos e estão amplamente disponíveis, quando utilizados e interpretados adequadamente. – Myles Cunningham, MD ex-presidente da American Cancer Society.”



*Figura 6: Áreas de distribuição dos pólipos adenomatosos que podem se desenvolver no cólon. Dados de Winawer SJ, et al: Colorectal Cancer. In: Winawer SJ (Ed). Management of Gastrointestinal Diseases. Gower Medical, New York, 1992. Ilustrações por R. Futral.*



*Figura 7: Áreas de distribuição de cânceres que podem se desenvolver no cólon. Dados de Winawer SJ, et al: Colorectal Cancer. In: Winawer SJ (Ed). Management of Gastrointestinal Diseases. Gower Medical, New York, 1992. Ilustrações por R. Futral.*

---

Quando disseram que meu câncer havia retornado em meu fígado, eu senti raiva e fiquei bastante assustada. Se não fosse minha família, eu teria me acabado. Então, eu percebi que tudo que era importante para mim estava naquele quarto: meu marido e meus dois filhos. Senti uma espécie de calma, pois percebi que não importava o que acontecesse, eu nunca seria abandonada.

---