

Tumores Malignos Colorretais

Dr. Robson Alencar de Souza
R₃ Gastroenterologia

Considerações Gerais

- 2ª causa óbito por neoplasia (países ocidentais).
- 95% dos TMCR (tumores colorretais) são adenocarcinomas.
- ½ no retossigmoide e ¼ no cecum e ascendente.
- Lesões precursoras:
 - ⇒ Pólipo adenomatoso
 - ⇒ Profilaxia com remoção das lesões.

Revised from: Brim, H.J., Weaver, S.J., Vign, J.E. Colorectal Cancer: Management of Gastrointestinal Disease, Philadelphia, S.D. Elsevier Medical, New York, 1992.

Considerações gerais (cont.)

- Lesões sincrônicas (2 ou +), metacrômico (nova lesão 1ª), "de novo" (origem direta da mucosa sem lesão adenomatosa).
- Predisposição genética (polipose familiar, hereditária não-polipoide).

Etiologia / Fatores de Risco

- Idade: após 40anos (90% acima de 50).

Age at Diagnosis	Percent of All Colorectal Cancers
<40	~2%
40-49	~8%
50-59	~16%
60-69	~26%
70-79	~32%
>80	~18%

Etiologia / Fatores de Risco

- Complexa e não definida devidamente.
- História pessoal de pólipos adenomatosos.
- História familiar: 25% dos pct com CA colônico.
- Condições genéticas predisponentes.

Etiologia / Fatores de Risco

- Fatores ambientais desencadeadores (gorduras + proteínas animais + ↓ fibras).

Country	Approximate Incidence Rate
NEW ZEALAND	~15
IRELAND	~14
AUSTRALIA	~13
GERMANY	~12
USA	~11
NETHERLANDS	~10
ITALY	~9
SPAIN	~8
FRANCE	~7
UK	~6
FINLAND	~5
Other countries (e.g., Japan, India, etc.)	< 5

Etiologia / Fatores de Risco

- Doença Inflamatória Intestinal

Years after onset of colitis	MANTOULING (%)	MOUNT SINAI (%)
0	0	0
10	~10	~5
20	~25	~15
30	~45	~30
40	~65	~45

Genética

- Carcinogênese progride "em cascata".
- Oncogene (dominantes em geral), "K-ras" promove crescimento e proliferação celular:
 - Lynch I
 - Pct jovens
 - Colo direito
 - Lynch II
 - TU extracolônicos: ovário, útero, etc.

1- 3 ou mais familiares primeiro grau com CA.
 2- CA de colo envolvendo 2 gerações.
 3- pelo menos 1 diagnóstico de CA antes dos 50 anos.

Genética

- Gene APC que muta – polipose familiar adenomatosa (PFA), poucas a centenas de pólipos, TTT com colectomia total.

Distribuição

Location	Percentage
Ascending/Cecum	25%
Transverse	15%
Descending	5%
Rectosigmoid	10%
Sigmoid	25%
Rectum	20%

Fisiopatologia

Fisiopatologia

Achados Clínicos

- **Sintomas e Sinais:**
- Sangue oculto nas fezes (50 – 80% de detecção).
- Anemia, fadiga e fraqueza.
- Constipação (colo esquerdo).
- Tenesmo e hematoquezia (reto).

Achados Clínicos

- **Achados laboratoriais:**
 - Hemograma com anemia.
 - Teste de funções hepática elevado.
 - CEA – elevado em 70% dos CA, mas pouco relacionado com a neoplasia (valor prognóstico).

Achados Clínicos

- **Imagem:**
- Exame contrastado.



Achados Clínicos

- Colonoscopia.
- Rx, TC e US para estadiamento.



Achados Clínicos



Estadiamento - TNM

Estádio 0 CA In situ	T _{is} N0 M0	
Estádio I - Tu invade surmucosa - Tu invade muscular própria	T1 N0 M0 T2 N0 M0	Dukes A
Estádio II - Invade musc. Prop. + serosa ou tec. Pericolícos ou perirretais. - Tu perfura ou invade outros órgãos.	T3 N0 M0 T4 N0 M0	Dukes B
Estádio III Toda perfuração com nódulos - N1 – 1 a 3 nodos. - N2 – 4 ou mais nodos. - N3 – todo envolvimento nodal com um tronco vascular.	Todos T N1 M0 Todos T N2 M0 Todos T N3 M0	Dukes C
Estádio IV – toda a invasão da parede do colon com ou sem metástases de nodos linfáticos, mas com evidência de metástase distante.	Todos T Todos N M1	Dukes D

