

# Relatos de Casos

## ADENOCARCINOMA DE CÓLON ORIGINADO DE PÓLIPO ADENOMATOSO TUBULAR: RELATO DE UM CASO

ADENOCARCINOMA OF THE COLON ORIGINATED IN ADENOMATOUS TUBULAR POLYP : CASE REPORT

FERNANDO COSTA NUNES\*; ALEXANDRE AMATO DE MESQUITA\*\*

### RESUMO

Os autores apresentam um caso de câncer cólon-retal, diagnosticado e tratado com cirurgia curativa, que se originou de um pequeno pólipó adenomatoso tubular, em um paciente que apresentava ao mesmo tempo pólipó adenomatoso tubular no cólon sigmóide e pólipó adenomatoso viloso no cólon esquerdo.

**Palavras-chaves:** Neoplasias Colorretais/ cirurgia; Adenocarcinoma/ cirurgia; Pólipos Adenomatosos/ complicações; Relatos de Casos

### INTRODUÇÃO

Os pólipos colônicos são lesões pré-cancerosas, que devem ser precocemente diagnosticados e tratados de forma adequada<sup>1</sup>.

O adenoma intestinal é uma lesão benigna que apresenta um potencial de malignização para displasia grave e, posteriormente, para adenocarcinoma invasivo<sup>2</sup>. O principal fator de risco, é sem dúvida, a presença de pólipos adenomatosos tubulares ou vilosos. A relação adenoma-câncer está muito bem estabelecida, sendo evidenciada por vários argumentos<sup>3</sup>.

Várias características, como número, tamanho, morfologia, variedade histológica e grau de displasia, são considerados fatores de risco na malignização do pólipó adenomatoso<sup>4</sup>. Foi detectada a frequência maior de adenocarcinoma quando o tamanho do adenoma está acima de 1,1cm<sup>5</sup>. Em estudo analítico sobre a importância do câncer, em 454 doentes portadores de adenomas simples com transformação carcinomatosa em adenocarcinoma, evidenciou-se que distintas formas de adenomas eram lesões pré-cancerosas<sup>6</sup>. A relação de transformação para adenocarcinoma é de 5% para o pólipó adenomatoso (tubular) e de 40% para o pólipó viloso<sup>6</sup>.

Este trabalho tem por objetivo relatar um caso de adenocarcinoma de cólon que se originou de um pólipó adenomatoso tubular com 5mm, localizado na transição do cólon esquerdo com o sigmóide.

### RELATO DO CASO

Paciente de sexo masculino, 54 anos de idade, branco, procurou serviço médico em maio de 2002 com queixa de enterorragia há oito meses.

Foi feita colonoscopia que diagnosticou, no ângulo esplênico, a presença de uma formação polipóide pediculada, com cerca de 30mm (pólipos Yamada 4) e uma segunda lesão polipóide situada no nível da transição descendente-sigmóide, com cerca de 5mm e superfície irregular (pólipó Yamada 2).

O resultado anatomopatológico das biópsias feitas através da colonoscopia mostrou adenoma viloso, não apresentando evidências de infiltração (região de ângulo esplênico), adenoma tubular localizado na transição descendente-sigmóide com microfoco de invasão adenocarcinomatosa. Complementou-se o estudo com tomografia que revelou não haver acometimento metastático.

A operação foi realizada no dia 19 de julho de 2002 e constou de: hemicolectomia esquerda + transversectomia parcial (retirados dois terços do transverso) e reconstrução transverso-reto com anastomose terminoterminal em dois planos de sutura. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelou dois pólipos distintos. O maior deles exibe padrão viloso e seu epitélio mostra boa polarização nuclear. O menor exibe aspecto tubular e na sua base nota-se área com neoplasia: adenocarcinoma polipóide bem diferenciado, limitando-se à mucosa (Figuras 1 e 2). Estadiamento patológico (T1N0Mx), estágio A de Dukes. O paciente foi encaminhado ao Hospital Oncológico de referência, situado em Varginha –MG para acompanhamento. Os exames de rotina pós-operatórios para acompanhamento revelaram antígeno carcinoembrionário (CEA) de valor normal, ultra-som, colonoscopia e tomografia computadorizada, também sem anormalidades evidentes.

Atualmente, o paciente encontra-se, há 14 meses, em bom estado geral.

\* Mestre e Doutor, em Cirurgia, UFMG; Professor Adjunto de Cirurgia Geral do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Itajubá; Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

\*\* Residente (R2) do serviço de Cirurgia Geral do HE-FMIt

Endereço para correspondência:  
Alexandre Amato de Mesquita  
Rua Manoel da Nóbrega, 486/52, Ala 1  
04001-001 – Paraíso  
São Paulo - SP

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral – Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá



Figura 1 - Pólipo adenomatoso tubular (Adenocarcinoma)

## DISCUSSÃO

No câncer colorretal, a relação adenoma-câncer foi estabelecida pelos seguintes argumentos: em pacientes com história prévia de pólipos adenomatosos, o risco de câncer de cólon é alto; o achado de câncer de cólon é superior a 50% nos pólipos adenomatosos maiores de 2,0 cm com a ocorrência na mesma lesão polipóide de adenoma e de adenocarcinoma<sup>3</sup>.

A relação de transformação para adenocarcinoma é de 5% para o pólipo adenomatoso tubular e de 40% para o pólipo adenomatoso viloso<sup>7</sup>. No caso relatado, a redução da morbidez e da mortalidade por câncer colônico ocorreu com o seu diagnóstico, através da colonoscopia com biópsias e o seu tratamento cirúrgico precoce. Diante disso e considerando a baixa frequência de cancerização dos pólipos adenomatosos tubulares menores que 2,0 cm, descritos na literatura, pretende-se alertar a clínicos e a cirurgiões para essa nova realidade.

## SUMMARY

A case of colo-rectal cancer was diagnosed and treated by curative surgery. A small adenomatous tubular polyp in sigmoid colon and a adenomatous villous polip at the left colon originated the cancer.

**Key-words:** Colorectal Neoplasms/ surgery; Adenocarcinoma/ surgery; Adenomatous Polyps/ complications; Case Reports.



Figura 2 - Pólipo adenomatoso viloso

## REFERÊNCIAS

1. Lega J, Restrepo C. Pólipos del recto y de la porción distal del colon. *Rev colomb Gastroenterol* 1997 abr/jun; 12 (2): 91-5.
2. Schirmbeck FG, Cruz C, Silva DPB, Panisson IA, Schaidler V. Pólipo adenomatoso de colon. *Rev Méd Hosp São Vicente de Paulo* 1997 jul/dez; 9 (21): 38-42
3. Vieira OM, Chaves CP, Manso JEF, Eulálio JMR. Clínica cirúrgica: fundamentos teóricos e práticos. São Paulo: Atheneu; 2001. p 417-26.
4. Rocha Ramírez JL, Peña JP, Franco Gutiérrez JR, Villanueva Sáenz E. Adenomas colónicos: factores de riesgo para su malignización. *Rev Gastroenterol Mex* 1996; 61 (3): 178-83.
5. Silva EJ, Pinho PRA. Pólipos do intestino grosso e seu potencial de malignidade. *GED Gastroenterol Endosc Dig* 1991 abr/jun; 10 (2): 36-40
6. Lange WG, Elsner B, González del solar C, Ghigliani M, Borraci R. Implicancia de los pólipos en el cáncer rectocolónico. *Rev Arg Cir* 1986; 50(1/2): 35-41.
7. Coelho JCU. Aparelho digestivo: clínica e cirurgia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1996. p 761-74; 787-811.