

## Neoplasias colorretais: aspectos epidemiológicos, endoscópicos e anatomopatológicos - estudo de série de casos

Ana Paula Telles Pires Dias\*  
Angela Maria Gollner\*\*  
Maria Teresa Bustamante Teixeira\*\*\*

### RESUMO

O carcinoma colorretal (CCR), segunda neoplasia mais frequente na população mundial, apresenta alta incidência. Há diferença significativa nos resultados do tratamento precoce, justificando esforços para rastreamento, prevenção e detecção precoce. Em estudo descritivo de série de casos, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2006, aspectos epidemiológicos, endoscópicos e anatomopatológicos das lesões polipóides e neoplasias colorretais são descritos. O papel da colonoscopia na prevenção e detecção precoce do CCR é avaliado. Foram realizadas 1962 colonoscopias em 1491 indivíduos, dos quais 408 foram considerados para fins de análise, sendo 70% assintomáticos. A prevalência de neoplasias colorretais foi de 50% em homens e de 42,4% em mulheres e foi detectada em 48% dos indivíduos com 50 anos ou mais. Nas 408 pessoas foram realizadas 679 colonoscopias; 959 lesões polipóides foram extirpadas, das quais 463 (48,3%) eram neoplásicas, incluindo 13 adenocarcinomas. Displasia foi detectada em 36% das lesões menores que 5 mm. No cólon proximal, 21% das lesões eram neoplásicas e 2% neoplasias avançadas, incluindo seis casos de adenocarcinoma sem evidência de lesão em cólon distal. Dentre os 232 indivíduos que apresentavam lesões neoplásicas (benignas e/ou malignas avançadas), 130 (56%) eram apenas no cólon proximal. Em rastreamento apenas com a retossigmoidoscopia, a ausência de diagnóstico de lesões neoplásicas benignas seria de 62,3% nas mulheres (76 casos) e de 48,3% nos homens (29 casos). Em relação ao adenocarcinoma, a falta de diagnóstico seria de 50% para ambos os sexos. Por possibilitar a identificação e a remoção das lesões neoplásicas, a colonoscopia configura-se como método que permite interferir diretamente na história natural desta forma de câncer.

**Palavras-chave:** Neoplasias Colorretais. Pólipos Intestinais / prevenção & controle. Sigmoidoscopia. Colonoscopia.

### 1 INTRODUÇÃO

O carcinoma colorretal (CCR) é raro nos países em desenvolvimento, mas é a segunda neoplasia mais frequente na população mundial. Estima-se que mais de 940 mil novos casos surjam anualmente e que 500 mil mortes ocorram a cada ano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003). Nos Estados Unidos da América (EUA), o esperado para 2007 era de 153.760 diagnósticos de CCR e 52.180 mortes (SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGY AND END RESULTS, 2008).

A estimativa para os anos de 2008/2009, no Brasil, é de 12.490 novos casos de CCR em homens e de 14.500 em mulheres (INSTITUTO NACIONAL

DE CÂNCER, 2008). No Brasil, o CCR figura entre as cinco primeiras causas de morte por câncer, excluindo-se os tumores de pele não-melanoma. As regiões Sul e Sudeste apresentam maior incidência desta neoplasia do que as regiões Norte e Nordeste. Na Região Sudeste, segundo essa estimativa, este tipo de câncer ultrapassou o de colo uterino (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007). O tempo estimado entre o aparecimento de um adenoma, seu crescimento e transformação em carcinoma é superior a dez anos, período suficientemente longo para permitir sua identificação, ressecção e, portanto, sua

\* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Saúde Brasileira – Juiz de Fora, MG. E-mail: apaulad@oi.com.br

\*\* Universidade Federal de Juiz de Fora, Hospital Universitário, SAPC “Prof. Paulo Torres”, Grupo de pesquisa em anatomia patológica e citopatologia, – Juiz de Fora, MG

\*\*\* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Coletiva, Núcleo de Atenção à Saúde (NATES) – Juiz de Fora, MG

prevenção. Sintomas como: sangramento, mudança do hábito intestinal, desconforto abdominal, perda de peso e anemia ocorrem em um estágio avançado ou incurável do CCR (HABR-GAMA, 2005; SAHA; ROMAN; BEAUCHAMP, 2002).

As diretrizes da *American Society of Gastrointestinal Endoscopy* – ASGE para o rastreamento do CCR recomendam o início dos testes aos 50 anos de idade, pelas seguintes opções: pesquisa anual de sangue oculto nas fezes; retossigmoidoscopia flexível a cada cinco anos; pesquisa de sangue oculto nas fezes e retossigmoidoscopia flexível a cada cinco anos; enema opaco com duplo contraste de bário a cada cinco a dez anos ou colonoscopia a cada dez anos (DAVILA et al., 2006). O INCA tem recomendações semelhantes (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2003).

A colonoscopia é considerada o método padrão-ouro para prevenção do diagnóstico precoce do CCR, pois permite a polipectomia endoscópica com consequente redução de sua incidência em até 90% (GANNON et al., 2002; SEITZ et al., 2004).

Atualmente, o profissional de saúde seleciona o mais adequado exame de rastreamento, levando em consideração os fatores de risco do paciente e o custo-benefício na realização do exame.

O estudo das neoplasias colorretais, realizado em uma série de casos atendidos em serviço privado da cidade de Juiz de Fora - MG, tornou possível avaliar o perfil dos indivíduos submetidos a exame colonoscópico. Possibilitou, ainda, levantar questões em relação à escolha do melhor e mais efetivo método para prevenção e detecção do CCR e também avaliar a distribuição, aspecto arquitetural e padrão histopatológico dos pólipos detectados e removidos.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo de série de casos de indivíduos submetidos a colonoscopias ambulatoriais realizadas no Centro Médico de Estudo Gastrointestinal Ltda, entre janeiro de 2002 e dezembro de 2006. Foram realizadas 1.962 colonoscopias em 1.491 indivíduos.

Informações sobre sexo, idade, escolaridade, renda familiar, índice de massa corpórea (IMC), tabagismo, alcoolismo, motivo para realização da colonoscopia e história familiar de neoplasia nos indivíduos foram obtidas em entrevista. As lesões polipóides foram avaliadas quanto a: localização, classificação endoscópica, tipo histológico (neoplásico ou não) e grau de displasia (baixo grau e alto grau) e presença de carcinoma.

Todos os indivíduos foram submetidos a colonoscopia total (até o ceco). Durante o exame, as lesões polipóides foram retiradas e identificadas segundo localização, tipo e tamanho. O cólon distal foi definido como reto e sigmóide (até 40 cm da margem anal).

O cólon proximal, a partir do descendente, incluindo transversal, ascendente e ceco. As lesões foram classificadas endoscopicamente como planas, sésseis, subpediculadas e pediculadas. O tamanho foi estimado com o uso de uma pinça de biópsia com abertura de 6mm de diâmetro e classificado como menor que 5mm, de 5-10mm e igual ou maior que 10mm.

Todas as lesões foram biopsiadas ou retiradas por mucosectomia/polipectomia e encaminhadas para análise histopatológica. A classificação histopatológica obedeceu aos critérios da Organização Mundial de Saúde, sendo classificadas em pólipos hiperplásico-inflamatórios (não-neoplásicos), adenomas tubulares, adenomas tubulovilosos, adenomas vilosos (neoplásicos).

Definiu-se como lesão neoplásica avançada todos os adenomas com diâmetro maior que 10mm, adenomas vilosos e adenomas com alto grau de displasia e o adenocarcinoma (BOYLE; LEON, 2002). Em pacientes com mais de uma lesão, a classificação foi baseada na lesão mais avançada.

Os dados foram incluídos no programa Epi Info 2000, em banco de dados hierarquizado, considerando os dados do paciente, os exames e os pólipos.

O cruzamento das variáveis foi efetuado de acordo com sua natureza nos diversos níveis hierárquicos. Para testar diferenças de proporções, usou-se o teste qui-quadrado. Para variáveis dicotômicas, foram computadas as razões de prevalência (RP) e razões de chance (OR), com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). As hipóteses foram testadas para o nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o parecer nº 146/2005, datado de 21 de julho de 2005.

## 3 RESULTADOS

De janeiro de 2002 a dezembro de 2006, 1.491 indivíduos foram submetidos a 1.962 colonoscopias em um centro médico privado de estudo gastrointestinal. A colonoscopia foi completa até o ceco em 98% destes, sem complicação clínica significativa (perfuração, ou sangramento importante) e em 492 (33%) foram identificadas lesões polipóides. Foram excluídos 84 indivíduos, com os quais não foi possível realizar entrevista.

### 3.1 Características da população de estudo

A população analisada compôs-se de 408 indivíduos, sendo que, destes, 12 não responderam ao questionário, porque foram a óbito durante o período do estudo. Nos indivíduos avaliados, foram realiza-

dos 679 colonoscopias, identificando-se 959 lesões polipóides, com uma média de 1,4 pólipos por exame e 4,7 pólipos por indivíduo, variando de um a 13 pólipos no indivíduo no período de cinco anos.

Entre os indivíduos que foram a óbito, foi diagnosticado câncer de intestino em oito e três faleceram da doença (CID10: C18.9). O estudo não dispõe dos dados referentes à escolaridade, renda familiar e fatores de risco destes indivíduos.

O exame foi realizado por prevenção em 70% dos indivíduos (278/396). Estes não apresentavam queixas gastrintestinais,

As características da população encontram-se na Tabela 1. Na população estudada, 288 indivíduos eram do sexo feminino (70,6%). A média de idade foi

de 55,7 anos ( $\pm$  DP12,2 anos), variando de 15,0 a 89,0 anos e 70,3% tinham 50,0 anos de idade ou mais.

Nível de escolaridade superior completo em 37,9% dos indivíduos (150/396). A distribuição por renda familiar evidenciou 34,1% com renda entre cinco e dez salários mínimos (124/364).

Dentre a população estudada, 143 indivíduos (37,7%) apresentavam peso normal, de acordo com o índice de massa corpórea (IMC entre 20 e 30 kg/m<sup>2</sup>). Verificou-se que 36,6% (139/379) apresentavam sobrepeso e 19,6% (74/379) obesidade, sendo esta significativamente maior no sexo feminino ( $p=0,018$ ). Quanto ao tabagismo, 59,7% (231/387) informaram não serem fumantes e 1,3 % (5/379) informaram fazer uso abusivo de álcool.

**TABELA 1**  
Características da população com lesão polipóide, segundo sexo (n=408).

Características dos Indivíduos com lesão polipóide			
Sexo	Masculino 29,4% (n=120)	Feminino 70,6% (n=288)	Total (n=408)
Idade			
<40	12 (10%)	17 (6,0%)	29 (16,6%)
40-49	31 (25,8%)	61 (21,2%)	92 (47%)
50-59	34 (28,4%)	101 (35,0%)	135 (63,4%)
60-69	29 (24,1%)	71 (24,6%)	100 (48,7%)
70- e mais	14 (11,7%)	38 (13,2%)	52 (24,9%)
Média idade	54,5	56,2	55,7
Escolaridade			
Fundamental Incompleto	17 (15,0%)	49 (17,6%)	66 (16,6%)
Fundamental Completo	16 (14,0%)	40 (14,4%)	56 (14,1%)
Médio Completo	38 (33,4%)	83 (29,7%)	121 (30,5%)
Superior Completo	43 (37,7%)	107 (38,4%)	150 (37,9%)
Total	115 (100%)	281 (100%)	396 (100%)
Renda familiar			
0 a < 5 SM	20 (19,2%)	72 (27,7%)	92 (25,3%)
5 a > 10 SM	35 (33,7%)	89 (34,2%)	124 (34%)
10 a < 20 SM	26 (25,0%)	61 (23,5%)	87 (24%)
20 a < 30 SM	15 (14,5%)	29 (11,2%)	44 (13%)
30 a < 40 SM	4 (3,8%)	5 (1,9%)	9 (2,4%)
> 40 SM	4 (3,8%)	4 (1,5%)	8 (2,2%)
Total	104 (100%)	260 (100%)	364
IMC			
< 20 - Magreza	3 (2,7%)	19 (7,1%)	22 (5,8%)
>20 a <25 - Normal	34 (30,4%)	109 (37,3%)	143 (37,7%)
>25 a <30 - Sobrepeso	53 (47,3%)	86 (29,8%)	139 (36,6%)
>30 a <35 - Obesidade	21 (18,7%)	53 (18,7%)	74 (19,6%)
>35 - Obesidade Mórbida	1 (0,9%)	0	1 (0,3%)
Total	112 (100%)	267 (100%)	379 (100%)
Tabagismo			
Não-fumantes	51 (45,9%)	180 (65,2%)	231 (59,7%)
Ex-Fumantes	44 (39,6%)	57 (20,6%)	101 (26%)
Fumantes	16 (14,4%)	39 (14,1%)	55 (14,3%)
Total	111 (100%)	276 (100%)	387 (100%)
Etilismo			
Não-Etilista	37 (33,3%)	175 (65,3%)	212 (56%)
Etilista Social	71 (64,0%)	91 (34,0%)	162 (42,7%)
Alcoolista	3 (2,7%)	2 (0,7%)	5 (1,3%)
Total	111 (100%)	268 (100%)	379 (100%)

Fonte: Os autores (2008).

### 3.2 Prevalência de neoplasias colorretais

Dos 408 indivíduos com lesões polipóides, 187 (45,8%) apresentavam lesões somente no cólon distal, 177 (43,4%) somente em cólon proximal e 44 (10,8%) tinham suas lesões polipóides em ambas as localizações.

Lesões neoplásicas benignas (adenomas tubulares com displasia de baixo grau) foram identificadas em 182 pessoas (44,6%) e, dentre as quais, 57,7%

(105/182) apresentaram lesões neoplásicas somente em cólon proximal (Tabela 2).

Lesões neoplásicas avançadas (adenomas com diâmetro > 10 mm, adenomas vilosos, lesões com displasia de alto grau, adenocarcinoma) foram detectadas em 50 (12,3%) indivíduos e adenocarcinoma em 13 deles (3,2%). O diagnóstico de adenocarcinoma em cólon proximal foi realizado em sete pessoas e em apenas uma havia lesão polipóide concomitante em cólon distal (Tabela 2).

**TABELA 2**

Características das lesões mais graves de cada indivíduo, segundo sexo.

	Homens n=120 *	Mulheres=288 *	TOTAL (n=408)
Lesões hiperplásicas	46 (38,3)	130 (45,1)	176 (100)
Distal	26 (56,5)	84 (64,6)	110 (62,5)
Proximal	13 (28,3)	34 (26,2)	47 (26,7)
Simultânea	7 (15,2)	12 (9,2)	19 (10,8)
Neoplasias benignas	60 (50)	122 (42,4)	182 (100)
Distal	24 (40)	30 (24,6)	54 (29,7)
Proximal	29 (48,3)	76 (62,3)	105 (57,7)
Simultânea	7 (11,7)	16 (13,1)	23 (12,6)
Neoplasias avançadas	14 (11,7)	36 (12,5)	50 (100)
Distal	6 (42,9)	17 (47,2)	23 (46)
Proximal	7 (50)	18 (50)	25 (50)
Simultânea	1 (7,1)	1 (2,8)	2 (4)

\*considerando a lesão mais grave de cada indivíduo

Fonte: Os autores (2008)

A prevalência de neoplasias colorretais foi de 50,0% (60/120) em homens e de 42,4% em mulheres (122/288), não havendo diferença estatisticamente significativa. As neoplasias foram detectadas em 138 dos 287 indivíduos (48%) com 50 anos ou mais, e a sua prevalência foi significativamente maior do que

naqueles com menos de 50 anos (44/121) - 36,3% ( $p=0,01$ ). Em relação à história familiar, verificou-se que 58,9% dos indivíduos com neoplasia e neoplasia avançada apresentavam história positiva para câncer de mama, útero, ovário e/ou colorretal (238/396). Estas características estão sumarizadas na Tabela 3.

**TABELA 3**

Características dos indivíduos segundo tipo histológico das lesões mais graves de cada indivíduo

	Indivíduos com lesões Polipóides			TOTAL
	Hiperplásicas	Neoplásicas	Neoplasia avançada	
Sexo				
Masculino (n=120)	46 (38,3%)	60 (50%)	14 (11,7%)	120 (100)
Feminino (n=288)	130 (45,1%)	122 (42,3)	36 (12,7%)	288 (100)
Idade				
< 50 anos (n=121)	66 (54,4%)	44 (36,6)	11 (9%)	121 (100)
> 50 anos (n=287)	110 (38,6)	138 (48%)	39 (13,4)	287 (100)
História familiar+				
Presente (n=238)	98 (41,1%)	112 (47,1%)	28 (11,8%)	238 (100)
Ausente (n=7)	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0	7 (100)

Fonte: Os autores (2008)

### 3.3 Distribuição topográfica e características das lesões ressecadas

Foram ressecadas 959 lesões polipóides e analisadas quanto à dimensão em relação à morfologia, tipo histológico, displasia e localização (Fotografias 1/4).

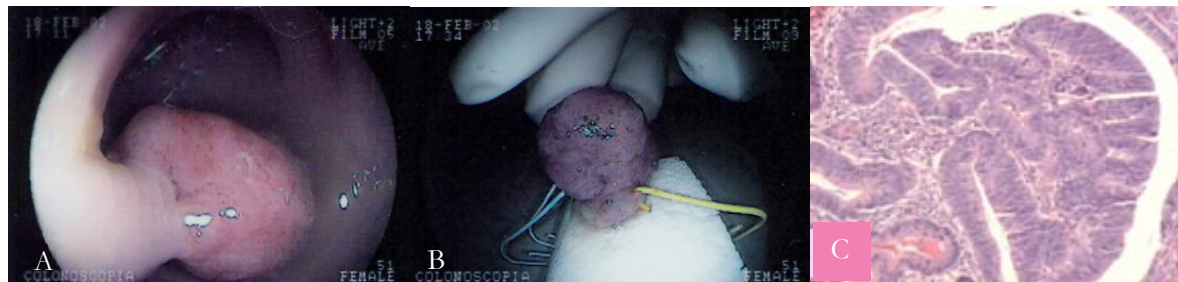
A forma sésil de apresentação foi a mais frequente, representando 95,6% (917/959) das lesões e 83% eram

menores que 5mm (788/956). Quanto ao tipo histológico, as lesões hiperplásicas (46,5%), seguidas dos adenomas tubulares (44,3%), foram as mais frequentes. Quanto à presença de displasia, 46,5% dos pólipos apresentavam displasia de baixo grau (445/959). Ressalte-se que foi evidenciado displasia em 36,0% (346/959) das lesões com dimensão inferior a 5mm (Tabela 4).



Fotografia 1: Pólipos sésil. Paciente sexo feminino, 60 anos, colón direito (A e B - colonoscopia). Adenoma tubular com displasia intraepitelial de baixo grau (C - HE 100X)

Fonte: Os autores (2006)



Fotografia 2: Pólipos pediculado, paciente sexo feminino, 51 anos, colón esquerdo - sigmóide (A e B - colonoscopia). Adenoma tubular com displasia intraepitelial de alto grau (C - HE 100X).

Fonte: Os autores (2006)



Fotografia 3: Lesão plana, paciente sexo feminino, 53 anos, colón direito – ascendente (A e B - colonoscopia). Adenoma tubular com displasia intraepitelial de baixo grau (C - HE 100X).

Fonte: Os autores (2006)



Fotografia 4: Lesão polipoide sésil, paciente sexo feminino, 73 anos, colón esquerdo – sigmóide (A e B - colonoscopia). Adenocarcinoma com invasão de base (C - HE 100X)

Fonte: Os autores (2006)



**TABELA 4**  
Características das lesões ressecadas, segundo dimensão.

Morfologia	Dimensão			Frequência
	0 a < 5mm	>5 e < 10mm	> 10mm	
Plano	11	5	1	17 (1,8%)
Séssil	777	124	16	917 (95,6%)
Subpediculado	0	0	9	9 (0,9%)
Pediculado	0	0	16	16 (1,7%)
Tipo histológico				
Inflamatórias	39	7	1	47 (4,9%)
Hiperplásicas	401	41	4	446 (46,5%)
Misto	1	1	0	2 (0,2%)
Adenoma tubular	335	73	17	425 (44,3%)
Adenoma tubuloviloso	9	3	6	18 (1,9%)
Adenoma viloso	3	3	1	7 (0,7%)
Leiomioma	0	1	0	1 (0,1%)
Adenocarcinoma	0	0	13	13 (1,3%)
Displasia				
Ausente	441	50	5	496 (51,7%)
Baixo grau	346	76	23	445 (46,5%)
Alto grau	1	3	1	5 (0,5%)
Adenocarcinoma	0	0	13	13 (1,3%)
Localização				
Cólon distal	412	51	19	482 (50,3%)
Cólon proximal	376	78	23	477 (49,7%)
Total	788	129	42	959 (100%)

Fonte: os autores (2008)

Entre as lesões neoplásicas (427/451), 94,7% localizavam no cólon proximal, enquanto as não-apresentavam diâmetro menor que 10 mm. Quanto às neoplásicas se concentravam no cólon distal (65,9%), à localização, destaca-se que 67,0% (302/451) se como pode ser observado na Tabela 5.

**TABELA 5**  
Características das lesões, segundo tipo histológico.

Tamanho	Tipo histológico			TOTAL
	Não-neoplásico	Neoplásico	Neoplasia maligna	
< 5mm	441 (89,1%)	347 (76,9%)	0	788 (82,16%)
5 a 10mm	49 (9,9%)	80 (17,7%)	0	129 (13,45%)
>10mm.	5 (1,0%)	24 (5,3%)	13 (100,0%)	42 (4,37%)
Total	495 (100%)	451 (100%)	13 (100%)	959 (100%)
Localização				
cólon distal	326 (65,9%)	149 (33,0%)	7 (53,8%)	482 (50,27%)
cólon proximal	169 (34,1%)	302 (67,0%)	6 (46,2)	477 (49,73%)
Total	495 (100%)	451 (100%)	13	959 (100%)

Fonte: os autores (2008)



Neste estudo foram encontradas 42 lesões maiores do que 10 mm, 25 adenomas com componente viloso e cinco lesões com displasia de alto grau. Destaca-se a ocorrência de 23 lesões maiores que 10 mm (23/42), 12

lesões com componente viloso (12/25) e três lesões com displasia de alto grau (3/5), localizadas no cólon proximal. Foram diagnosticados 13 casos de adenocarcinoma, sendo seis localizados em cólon proximal (Tabela 6).

**TABELA 6**  
Distribuição das lesões quanto ao tamanho, tipo histológico e presença de displasia, segundo localização

	Cólon distal	Cólon proximal	TOTAL
<b>Tamanho</b>			
<5mm	412 (85,5%)	376 (78,8%)	788 (82,2%)
>5 e < 10mm	51 (10,6%)	78 (16,4%)	129 (13,5%)
>10mm	19 (3,9%)	23 (4,8%)	42 (4,4%)
<b>Tipo histológico</b>			
Inflamatório	28 (5,8%)	19 (4%)	47 (4,9%)
Hiperplásico	297 (61,6%)	149 (31,2%)	446 (46,5%)
Misto	1 (0,2%)	1 (0,2%)	2 (0,2%)
Adenoma tubular	135 (28,0%)	290 (60,8%)	425 (44,3%)
Adenoma tubuloviloso	11 (2,3%)	7 (1,5%)	18 (2,9%)
Adenoma viloso	2 (0,4%)	5 (1,0%)	7 (0,7%)
Leiomioma	1 (0,2%)	0	1 (0,1%)
Adenocarcinoma	7 (1,5%)	6 (1,3%)	13 (1,4%)
<b>Displasia</b>			
Ausente	327 (67,8%)	169 (35,4%)	496 (51,7%)
Baixo grau	146 (30,3%)	299 (62,7%)	445 (46,4%)
Alto grau	2 (0,4%)	3 (0,6%)	5 (0,5%)
Adenocarcinoma	7 (1,5%)	6 (1,3%)	13 (1,4%)
<b>TOTAL</b>	<b>482 (100%)</b>	<b>477 (100%)</b>	<b>959 (100%)</b>

Fonte: os autores (2008)

#### 4 DISCUSSÃO

Este estudo analisa uma série de casos de pacientes atendidos em serviço privado, especializado em endoscopia digestiva, submetidos à colonoscopia, cujas lesões polipóides identificadas foram retiradas e submetidas à análise histopatológica. Trata-se de um rastreamento para CCR em indivíduos referidos ou que se auto-referiram ao serviço, o que torna esta população diferenciada em relação à população geral, uma vez que todos os pacientes possuíam assistência médica privada, o que pode refletir maior *status* socioeconômico e, possivelmente, maior acesso à informação. Ressalte-se que 58% dos indivíduos examinados referiam história familiar para câncer e buscaram atendimento, visando prevenir o CCR.

Nos 408 indivíduos analisados, constatou-se que 70,0% eram assintomáticos, com idade entre a quarta e sexta década. Indivíduos com lesões polipóides hiperplásicas representaram 43,1% (176/408), sendo que em 26,7% destes (47/176),

as lesões localizavam-se apenas em cólon proximal, sem nenhuma lesão em cólon distal. Lesões hiperplásicas foram consideradas achados inocentes, com nenhum potencial para progressão para o CCR até a década de 90. Entretanto, a literatura recente refere que essas lesões, quando localizadas em cólon proximal, guardam relação com câncer de cólon direito, devendo, portanto, ser ressecadas (HUANG et al., 2001; HYMAN; ANDERSON; BLASYK, 2004).

Lesões neoplásicas, precursoras do CCR, foram identificadas em 182 indivíduos (44,6%), percentual maior que os referidos por Lieberman e outros (2000), que diagnosticaram 37,5% em adultos norte-americanos assintomáticos; e Byeon e outros (2007), que encontraram 18,5% em pacientes asiáticos assintomáticos.

As neoplasias avançadas foram diagnosticadas em 12,3% dos indivíduos, percentuais também superiores aos encontrados nos estudos citados anteriormente, que foram de 10,5% e 4,5% respectivamente.

O sexo masculino é considerado fator de risco para as neoplasias colorretais de acordo com Lieberman e outros (2001) e, na população estudada, verificou-se uma ocorrência maior entre homens (50,0% *versus* 42,4%, para mulheres), porém, sem significância estatística, embora a amostra fosse composta predominantemente por mulheres (70,6%).

Acredita-se que a maior frequência do sexo feminino deve-se ao fato de que as mulheres buscam mais assistência médica, o que resulta em maior longevidade comparada aos homens (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2003). Como as colonoscopias foram realizadas sob a responsabilidade técnica de um profissional do gênero feminino, este fato também pode explicar a maior frequência de mulheres na amostra. Fidler e outros (2000) relatam que 48,0% das pacientes do sexo feminino preferem uma mulher colonoscopista por se sentirem menos constrangidas, e 90% das pacientes aguardam a disponibilidade do especialista do sexo feminino para a realização da colonoscopia, segundo Varadarajulu, Petruff e Ramsey (2002). Menees e outros (2005) afirmam que a preferência das pacientes do sexo feminino por especialista do mesmo gênero chega a constituir uma barreira para 5% das pacientes, principalmente, entre as jovens e profissionalmente ativas.

A prevalência de neoplasia colorretal mostrou-se maior nos indivíduos com história familiar positiva para câncer colorretal, mama, útero, ovário, estômago e intestino, 140/238 (58,8%) *versus* 3/7 (42,9%) respectivamente, o que é semelhante ao descrito por Byeon et al. (2007).

No presente estudo, 121 indivíduos (29,6%) tinham menos de 50 anos, sendo que 44 (36,3%) destes apresentaram diagnóstico de lesões neoplásicas e 11 (9,0%) de neoplasias avançadas. Em estudo realizado por Imperiale e outros (2002), com indivíduos assintomáticos entre 40 e 49 anos, o achado de lesões neoplásicas foi de 8,7% e 3,5% para lesões consideradas como neoplasia avançada. Em nosso meio, estudo conduzido por Bonadeo e outros (2007) revelou prevalência de lesões polipóides avançadas em 28% dos pacientes com menos de 50 anos, o que justificaria a sugestão de realização de rastreamento com colonoscopia para o CCR em indivíduos com idade inferior aos 50 anos.

O estudo identificou 57,7% dos indivíduos (105/182) com lesões neoplásicas, desses 50% apresentavam neoplasia avançada (25/50) incluindo os seis casos de adenocarcinoma. Essas lesões estavam localizadas somente em cólon proximal sem quaisquer lesões em cólon distal. O que significa que, se a colonoscopia total fosse indicada apenas mediante o encontro de lesões neoplásicas no cólon distal,

passíveis de diagnóstico pela retossigmoidoscopia, nenhum destes casos teria sido diagnosticado.

A indicação de colonoscopia somente após o diagnóstico prévio de lesões em cólon distal por retossigmoidoscopia é controversa (KHAN; SHRIER; GORDON, 2003). Byeon e outros (2007), no estudo conduzido em população asiática assintomática, demonstraram que essa população tem alta proporção de neoplasias em cólon distal e, desta forma, esses indivíduos se beneficiariam na realização da retossigmoidoscopia como exame inicial, recorrendo à colonoscopia em segundo tempo.

Para estes autores, a maior controvérsia consiste em: se a indicação de realizar colonoscopia é o encontro de lesões no cólon distal, o que ocorreria nos indivíduos que só apresentam lesões em cólon proximal? Na última década, estudos sugerem a colonoscopia como método padrão-ouro para rastreamento do CCR (BYEON et al., 2007; LAU; SUNG, 2004; LIEBERMAN et al., 2000).

Neste estudo, o diagnóstico de neoplasias não seria realizado em 62,3% das mulheres e 48,3% dos homens, se apenas a retossigmoidoscopia tivesse sido realizada. Considerando-se as neoplasias avançadas, haveria perda diagnóstica de 50,0% para ambos os sexos.

Schoenfeld e outros (2005) relataram que, se somente a retossigmoidoscopia fosse realizada, as neoplasias avançadas seriam diagnosticadas em 1,7% e perdidas em 3,2%. Somente 35,2% das mulheres com neoplasia teriam suas lesões identificadas *versus* 66,3% dos homens, concluindo pela colonoscopia como método preferencial de rastreamento para o CCR em pacientes do gênero feminino.

Estimativas recentes (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007) apontam que o CCR nas mulheres superou o câncer de colo de útero, ficando atrás apenas do câncer de mama, que continua a ocupar a primeira posição em incidência. A eficácia do programa de prevenção e controle do câncer de colo de útero com medidas que envolveram o aumento do acesso aos meios diagnósticos e às campanhas eficazes de esclarecimento para a população, muito provavelmente é responsável pela redução na sua estimativa.

É muito importante identificar a população com alto risco para desenvolver o CCR e realizar programas eficazes de rastreamento. Na cidade de Juiz de Fora, a população com idade superior a 50 anos é de 88.881 indivíduos com indicação de rastreamento, detecção, tratamento e controle do CCR. Com a atual infra-estrutura, que realiza pelo SUS cerca de 200 exames de colonoscopia/mês, é difícil, senão impossível, promover um eficiente programa de rastreamento, o que dificulta as necessárias e efetivas campanhas de



esclarecimento para a população. Para atender a demanda, seriam necessários 37 anos, pois o SUS não oferece exames de colonoscopia com abrangência suficiente para a população com idade superior a 50 anos.

## 5 CONCLUSÃO

Neoplasias colorretais são frequentes, mesmo em indivíduos assintomáticos.

Sexo masculino, idade avançada e história familiar para câncer são fatores de risco para o surgimento de lesões.

A colonoscopia é o método mais eficaz de rastreamento para o CCR, indicado para todos os indivíduos acima de 50 anos.

Por possibilitar a identificação e a remoção das lesões neoplásicas, a colonoscopia configura-se como método que permite interferir diretamente na história natural desta forma de câncer.

## Colorectal neoplasms: epidemiology, endoscopy and histopathology aspects - a study of series of cases

### ABSTRACT

Colorectal carcinoma (CRC), the second most frequent malignancy worldwide, has high incidence and variable response to treatment, which justifies efforts targeting prevention, screening, and early detection. This is a descriptive case series, from January 2002 to December 2006, in which the epidemiologic, endoscopic and histopathological features of colorectal polypoid and neoplastic lesions are described. The role of colonoscopy in the prevention and early detection of CRC is assessed. 1,962 colonoscopies were performed in 1,491 individuals. In this analysis, 408 subjects (70% asymptomatic) were enrolled; 50% of the men, 42.4% of the women, and 48% of all those aged 50 years or above had colorectal neoplastic disorders. The 408 individuals underwent 679 colonoscopies, and 959 polypoid lesions were removed. There were 463 (48.3%) neoplastic lesions, including 13 adenocarcinomas. Dysplasia was detected in 36% of lesions smaller than 5 mm. In the proximal colon, 21% of the lesions were neoplastic, and 2% advanced neoplastic, including six cases of adenocarcinoma without evidence of involvement of the distal colon. Of the 232 individuals with neoplastic lesions (benign and/or advanced), 130 (56%) had lesions in the proximal colon only. On rectosigmoidoscopy screening, benign neoplastic lesions would be missed in 76(62.3%) women and 29(48.3%) men. As for adenocarcinoma, 50% of the lesions would be missed in both genders. Because of the possibility to identify and remove neoplastic lesions, colonoscopy is a method which should be employed in order directly interfere with the natural history of this cancer.

**Keywords:** Colorectal Neoplasms. Intestinal Polyps/prevention and control. Sigmoidoscopy. Colonoscopy.

### REFERÊNCIAS

BONADEO, N. M. et al. Prevalência de pólipos com displasia de alto grau em pacientes com idade inferior a 50 anos. **GED: Gastroenterologia Endoscopia Digestiva**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 5-7, jan./fev. 2007.

BOYLE, P.; LEON, M. E. Epidemiology of colorectal cancer. **British Medical Bulletin**, London, v. 64, p. 1-25, 2002.

BYEON, JEONG-SIK et al. Colorectal neoplasm in asymptomatic Asians: a prospective multinational multicenter colonoscopy survey. **Gastrointestinal Endoscopy**, Denver, v. 65, no. 7, p. 1015-1022, Jun. 2007.

DAVILA, R. E. et al., Standards of Practice Committee, American Society for Gastrointestinal Endoscopy. ASGE guideline: Colorectal cancer screening and surveillance. **Gastrointestinal Endoscopy**, Denver, v. 63, no. 4, p. 546-557, Apr. 2006

FIDLER, H. et al. Sex and familiarity of colonoscopist: patient preferences. **Endoscopy**, Stuttgart, v. 32, p. 481-482, 2000.

GANNON, C. J. et al. Advanced proximal colon cancer. **Surgical Endoscopy**, New York, v. 16, no. 3, p. 446-449, Mar. 2002.

HABR-GAMA, A. CCR: a importância de sua prevenção. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 2-3, jan. 2005.

HUANG, E. H. et al. Increased incidence of colorectal adenomas in follow-up evaluation of patients with newly diagnosed hyperplastic polyps. **Surgical Endoscopy**, New York, v. 15, p. 646-648, 2001.

HYMAN, N. H.; ANDERSON, P.; BLASYK, H. Hiperplastic polyposis and the risk of colorectal cancer. **Diseases of the Colon and Rectum**, Philadelphia, v. 47, p. 2101-2104, Oct. 2004.

HU Revista, Juiz de Fora, v. 35, n. 4, p. 305-314, out./dez. 2009

IMPERIALE, T. F. et al. Results of screening colonoscopy among persons 40 To 49 years of age. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 346, no. 23, p. 1781-85, Jun. 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2008**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 18 ago. 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Falando sobre câncer do intestino**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/falandosobrecancerdointestino>>. Acesso em: 2 jul. 2005.

KHAN, A.; SHRIER, I.; GORDON, P. H. Do distal adenomas mandate total colonoscopy? **Surgical Endoscopy**, New York, v. 17, p. 886–890, 2003.

LABIANCA, R. et al. Colorectal cancer: screening. **Annals of Oncology**, Dordrecht, v. 16, p. 127-132, 2005. Supp. 2.

LAU, P.; SUNG, J. Screening for colorectal cancer. **Chinese Journal of Digestive Diseases**, Carlton South, v. 5, p. 87–92, 2004.

LIEBERMAN, D. A. et al. One-time screening for colorectal cancer with combined fecal occult blood testing and examination of the distal colon. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 345, no. 8, p. 555-560, Aug. 2001.

LIEBERMAN, D. A. et al. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 343, no. 3, p. 162-168, Jul. 2000.

MENEES, S. B. et al. Women patients' preference for women physicians is a barrier to colon cancer screening. **Gastrointestinal Endoscopy**, Denver, v. 62, p. 219-224, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global Cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020**. World Cancer Report. Geneva, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003>>. Acesso em: 4 ago. 2007.

SAHA, D.; ROMAN, C.; BEAUCHAMP, D. New strategies for colorectal cancer prevention and treatment. **World Journal of Surgery**, New York, v. 26, p. 762-766, 2002.

SCHOENFELD, P. et al. Colonoscopic Screening of Average-Risk Women for Colorectal Neoplasia. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 352, no. 20, p. 2061-2068, May 2005.

SEITZ, U. et al. Is endoscopic polypectomy an adequate therapy for malignant colorectal adenomas? Presentaion of 114 patients and review of the literature. **Diseases of the Colon and Rectum**, Philadelphia, v. 47, p. 1789-1797, Oct. 2004.

SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGY AND END RESULTS. National Cancer Institute. **SEER Stat Fact Sheets**. [2008]. Disponível em: <<http://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect/html>>. Acesso em: 10 maio 2008

VARADARAJULU, S.; PETRUFF, C.; RAMSEY, W. H. Patient preferences for gender of endoscopists. **Gastrointestinal Endoscopy**, Denver, v. 56, p. 170-173, 2002.

Enviado em 21/8/2009

Aprovado em 10/12/2009