

Carcinoma rectal na mulher jovem: qual o papel do médico de família?

SANDRA TRIGO*
MANUEL VALENTE-MORAIS**

RESUMO

Doente do sexo feminino, 25 anos, casada e nulípara, sem antecedentes clínicos, pessoais e familiares, relevantes. Após três meses de alteração dos hábitos intestinais e episódios de falsas vontades, recorre ao seu médico de família apresentando já, rectorragias, dor abdominal esporádica e perda ponderal de 8%. O exame objectivo não mostrou alterações, assim como a avaliação analítica solicitada. A rectosigmoidoscopia mostrou formação polipóide sésil rectal cuja biópsia, apesar de superficial, foi compatível com displasia de baixo grau. A doente foi referenciada a Cirurgia num centro hospitalar, tendo sido reavaliada com colonoscopia total e novas biópsias (desta vez, displasia de alto grau/carcinoma in situ). O estadiamento com radiografia pulmonar, tomografia computadorizada abdomino-pélvica e ultrassonografia endoscópica foi de T₂N₀M₀. Foi realizada ressecção anterior do recto, constatando-se uma histologia de adenocarcinoma invasor T₃N₂M₀R₀. Antes de iniciar quimioterapia e radioterapia com protecção uterina, fez fertilização in vitro e congelamento de embriões. Na sequência do sucedido, o pai da doente refere queixas semelhantes, sendo-lhe diagnosticado adenocarcinoma rectal com estadiamento idêntico (T₃N₂M₀).

Palavras-Chave: Carcinoma; Recto.

SUMMARY

Female patient, 25 years old, married, nuliparous, no relevant personal or family history. After three months of changes in bowel movements and already presenting rectal blood loss, she consults the family doctor. There is occasional abdominal pain and an 8% weight loss. Physical examination is negative, and laboratory investigation is normal. Rectosigmoidoscopy elicits a rectal sessile polypoid growth. A superficial biopsy identified low degree dysplasia. The patient was referred to a surgical center. Total colonoscopy and new biopsies were performed. Histopathology showed high degree dysplasia and in situ carcinoma. Staging included chest X-rays, abdominopelvic scan and endoscopic ultrasound scan and was assessed as T₂N₀M₀. Anterior rectum resection was performed, and histopathology of the surgical specimen elicited an invasive adenocarcinoma T₃N₂M₀R₀. Before chemotherapy and radiotherapy with uterine protection, in vitro fertilization with embryo freezing was performed. After this episode, the patient's father presents with similar complaints, and a rectal adenocarcinoma with identical staging (T₃N₂M₀) is diagnosed.

Key-words: Cancer; Rectum

INTRODUÇÃO

O carcinoma do cólon e recto em indivíduos jovens é uma entidade pouco frequente¹. A sintomatologia, por vezes frustrante e inespecífica², exige elevado grau de suspeição para uma correcta gestão de meios auxiliares de diagnóstico.

*Interna Complementar de Clínica Geral do 3º ano, Centro de Saúde de Gondomar

**Assistente Graduado de Clínica Geral, Representante da U.S.F. de Sete-Caminhos, S. Cosme, Gondomar

DESCRIÇÃO DO CASO

Identificação: P., Sexo feminino, caucasiana, 25 anos, casada, natural e residente no Porto, auxiliar em Colégio Infantil. **Antecedentes Pessoais:** Ingestão accidental de hipoclorito aos seis anos. Sem outros antecedentes relevantes na infância. Hábitos alimentares: Alimentação variada e equilibrada. Sem défices aparentes de vitaminas e fibras. Consumo etílico: cerca de 30g/dia. Hábitos tabágicos: 20 cigarros/dia, desde há sete anos. Trânsito intes-

tinal regular (uma a duas defecções/dia). Antecedentes ginecológicos: Menarca: 13 anos, 0 Gesta, anovulatório – Tri-Gynera®, desde há oito anos. **História Clínica:** Em Janeiro de 2002, inicia alteração dos hábitos intestinais e episódios de falsas vontades. Cerca de três meses depois, apresenta rectorragias de sangue vermelho vivo, dor abdominal, sobretudo localizada na fossa ilíaca direita, e perda ponderal de 8% tendo, então, recorrido ao seu médico de família. O exame objectivo não mostrou alterações, assim como a avaliação analítica solicita-

da. A endoscopia digestiva baixa realizada em Maio de 2002, revelou «Lesão polipóide sésil, com cerca de 20 mm, muito friável e com ulceração central, a 10 cm da margem anal». O estudo histopatológico entretanto realizado, mostrou: «Mucosa glandular com lesão proliferativa adenomatosa de arquitectura tubulovilosa com displasia moderada (baixo grau). Dada a superficialidade dos fragmentos, não se pode excluir áreas de displasia mais avançadas». A doente foi referenciada à consulta de Cirurgia B do Hospital de São

João, tendo comparecido na consulta em Setembro de 2002. Apresentava bom estado geral, IMC = 25, pele e mucosas coradas e hidratadas, abdómen mole e depressível, sem dor à palpação, ausência de massas palpáveis. Toque rectal sem alterações. Foi pedida uma reavaliação endoscópica com repetição das biópsias, desta vez revelando a existência de uma neoplasia do terço superior do recto: «Retalhos de mucosa tipo rectal com alterações hiperplásicas e fragmentos de mucosa com abundante infiltrado linfoplasmocitário e lesões de displasia de graus variáveis, incluindo displasia grave/carcinoma *in situ* com foco suspeito de invasão». Procedeu-se de imediato, ao estudo pré-operatório para estadiamento da neoplasia.

O estudo analítico e o ECG não apresentaram alterações significativas. O estadiamento com radiografia pulmonar (Figura 1), tomografia computadorizada abdomino-pélvica (Figura 2) e ultrassonografia endoscópica foi de $T_2N_0M_0$. Foi submetida a ressecção anterior do recto em Outubro de 2002, constatando-se uma histologia de adenocarcinoma invasor $T_3N_2M_0R_0$. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, com alta ao quinto dia. Na sequência do sucedido, o pai da doente refere queixas semelhantes, sendo-lhe diagnosticado adenocarcinoma rectal com estadiamento idên-

tico. Foi feita a avaliação familiar e estudo genético com pesquisa de instabilidade de microssatélites, a qual foi negativa. Visto tratar-se de uma doente jovem nulípara, antes de iniciar quimioterapia e radioterapia com protecção uterina fez fertilização *in vitro* e congelamento de embriões.

COMENTÁRIO

O adenocarcinoma do recto, nesta faixa etária, apesar de raro, não deve ser descurado. O estudo genético destas famílias é muito importante³, assim como a resolução de problemas paralelos à doença (infertilidade pós quimioterapia e radioterapia). O médico de família deve impor-se como o coordenador deste esforço multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harrison T.R., Isselbacher K.J., Braunwald E, Wilson J.D., Martin J.B., Fauci A.S., Kasper. Harrison's Principles of Internal Medicine. Thirteenth edition. McGraw-Hill Inc. 1994; 2: 1424.
2. Goroll A, May L, Mulley A. Cuidados Primários em Medicina. 3ª edição. Editora McGraw-Hill. 1997; 320.
3. Byers T, Lynch H, Thun M. Biomarcadores do risco de cancro: num ponto de viragem? Patient Care. Dezembro 2002; 7(77): 37.

Recebido em 03/07/03
Aceite para publicação em 22/11/03

Endereço para correspondência:
Sandra Cristina Nunes Trigo
Rua de Moçambique n° 52, 1º andar
4445 Ermesinde



Figura 1. Radiografia pulmonar. Ausência de metástases pulmonares.



Figura 2. Tomografia computadorizada abdomino-pélvica. Na região pélvica observa-se apenas discreto espessamento da parede do recto. Não se observa densificação da gordura peri-rectal nem adenomegalias pélvicas ou retroperitoneais.