

DOI: 10.35621/23587490.v7.n1.p2104-2117

ADENOCARCINOMA COLORRETAL - EVOLUÇÃO TÍPICA DE UM CÂNCER PREVENÍVEL

COLORECTAL ADENOCARCINOMA - TYPICAL EVOLUTION OF A PREVENTABLE CÂNCER

Lara Gabriella Rosado Vale¹
Danielle Delfino Martins da Nóbrega²
Milena Nunes Alves de Sousa³

RESUMO: Objetivo: Descrever um caso de adenocarcinoma colorretal avançado com acometimento metastático e suas principais características clínicas, histopatológicas e possibilidades terapêuticas. **Metodologia:** O presente trabalho constitui-se de um estudo retrospectivo, através de uma abordagem qualitativa e descritiva sobre um relato de caso que foi realizado a partir de revisão do prontuário médico. **Resultados:** Foi evidenciado um paciente com adenocarcinoma colorretal avançado com diagnóstico tardio, submetido a vários procedimentos cirúrgicos e quimioterápicos, necessitando de seguimento oncológico. **Conclusão:** Com base nas orientações de *screening* do CCR, esse caso poderia ter evoluído para um melhor prognóstico se esse paciente houvesse iniciado o rastreo precoce. Assim, mudanças no estilo de vida e o rastreo prematuro são fundamentais à prevenção e bom prognóstico da neoplasia, sejam em pacientes com histórico familiar ou não.

Palavras chave: Neoplasias colorretais. Programas de rastreamento. Colonoscopia. Metástase neoplásica.

ABSTRACT: Objective: To describe a case of advanced colorectal adenocarcinoma with metastatic involvement and its main clinical, histopathological and therapeutic possibilities. **Methodology:** The present study consists of a retrospective study, through a qualitative and descriptive approach on a case report that was carried out from a review of the medical records. **Results:** We showed a patient with advanced colorectal adenocarcinoma with late diagnosis, submitted to several surgical and chemotherapy procedures, requiring oncological follow-up. **Conclusion:** Based on

¹ Estudante de medicina no Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba. E-mail: lara-rosado@hotmail.com.

² Docente no Curso de medicina no Centro Universitário UNIFIP - Patos (PB) - Brasil.

³ Docente no Curso de medicina no Centro Universitário UNIFIP - Patos (PB) - Brasil.

the screening guidelines of the RCC, this case could have evolved to a better prognosis if this patient had started early screening. Thus, changes in lifestyle and premature screening are fundamental to the prevention and good prognosis of neoplasia, whether in patients with family history or not.

Keywords: *Colorectal Neoplasms. Mass screening. Colonoscopy. Neoplasm metastasis.*

1 INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) ocupa a quarta posição entre os tumores malignos mais frequentes nos homens e o terceiro entre as mulheres no Brasil. Porém, apesar de ser uma doença prevenível, a falta de informações à população e de um diagnóstico precoce fazem com que o número de casos continue alto (NAHAS; PINTO; NAHAS, 2011).

Para o diagnóstico precoce, o conhecimento dos fatores epidemiológicos, etiológicos e de risco é essencial. Do ponto de vista epidemiológico, a idade tem grande importância, pois o CCR é uma doença de indivíduos idosos, em que 90% dos casos são diagnosticados após os 50 anos, e o risco tende a aumentar ainda mais com a idade (RIES *et al.*, 2000).

O risco do surgimento desta neoplasia também parece estar relacionado ao sexo, sendo 40% maior em homens (NAHAS; PINTO; NAHAS, 2011). Assim como em outras malignidades, a etiologia e patogênese não são muito conhecidas. Muitos fatores são considerados de risco para o desenvolvimento do CCR, assim como algumas condições clínicas são consideradas precursoras. Os fatores de risco com maiores evidências são: dieta pobre em fibras e rica em gorduras e proteínas, obesidade, sedentarismo, tabagismo, doença inflamatória intestinal, história familiar, pós-radioterapia, acromegalia, ureterossigmoidostomia, colecistectomia e etilismo. Por outro lado, têm-se fatores os protetores, a exemplo da dieta rica em fibras e vegetais, atividades físicas regulares, ingestão de cálcio e ácido fólico, uso de aspirina e anti-inflamatórios e a terapia de reposição hormonal (NAHAS; PINTO; NAHAS, 2011).

As manifestações clínicas da CCR dependem da localização da lesão. O sangramento anal é, provavelmente, o sintoma mais comum no paciente com a doença e a causa mais frequente é a doença hemorroidária, a qual, associada à negligência do próprio paciente, dificulta o diagnóstico precoce e preciso de lesões colorretais. Em pacientes de meia idade ou mais velhos, esse sintoma deve ser

valorizado e investigado. A alteração do hábito intestinal, seja diarreia ou constipação, é o segundo sintoma mais comum, devendo ser valorizado em pacientes com suspeita de câncer colorretal (NAHAS; PINTO; NAHAS, 2011).

O diagnóstico precoce do CCR pode diminuir sua incidência e mortalidade, devendo ser feito em todos os pacientes com médio risco - acima de 50 anos - e em pacientes de alto risco, ou seja, com história familiar positiva, com presença da síndrome de polipose adenomatosa, e que possuem doença inflamatória intestinal (SCHREUDERS *et al.*, 2015).

Diante de pacientes com CCR já estabelecido, o tratamento com base no estadiamento compreende procedimentos cirúrgicos e quimioterápicos que, por vezes, não são curativos, mas que aumentam a sobrevida. Nesse sentido, o relato de caso a seguir propõe-se a descrever um caso de adenocarcinoma colorretal avançado com acometimento metastático e suas principais características clínicas, histopatológicas e possibilidades terapêuticas.

MÉTODOS

A busca pelas informações desse trabalho foi realizada através de um estudo de caso observacional em prontuário, com abordagem qualitativa e descritiva, e após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, número do parecer 3.956.760/2020 e número do CAEE 29166320.9.0000.5181. Esses relatos são tradicionalmente utilizados nas áreas relacionadas à saúde do corpo humano podendo proporcionar informações cruciais para a melhor decisão na conduta terapêutica.

Após assinados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo paciente, os dados foram coletados do prontuário do paciente, no período entre fevereiro e março de 2020, de paciente idoso diagnosticado previamente com adenocarcinoma colorretal com metástases hepáticas. Estas informações foram extraídas de um prontuário eletrônico dando ênfase na anamnese, investigação clínica, localização das lesões e suas descrições, classificação operacional, forma

clínica, exames complementares laboratoriais e de imagem e o tratamento realizado, além da evolução clínica do paciente.

Posteriormente, as informações obtidas foram analisadas qualitativamente e digitalizadas no software Microsoft Word 2013®.

RELATO DO CASO

Paciente C.J.D.R.M., sexo masculino, 68 anos, empresário, natural de Mossoró - RN. Realizou procura de gastroenterologista após ter iniciado quadro de dor abdominal difusa e distensão abdominal, que estava presente há cerca de oito meses. Paciente também referia episódios de hematoquezia, o qual o mesmo associava a doença hemorroidária. Também houve relatos de alteração do hábito intestinal, com alternância de fezes consistentes com fezes aquosas e pastosas, tendo ocorrido diversos episódios de diarreias. Quanto aos hábitos alimentares, paciente apresentava baixa ingestão de fibras.

Quanto aos hábitos de vida, referiu sedentarismo e ingestão de álcool semanalmente (ao menos 2x/semana). Negou tabagismo. Aos antecedentes pessoais, foi relatada hipertensão arterial sistêmica e gota, e por isso o uso de hidroclortiazida e alopurinol, respectivamente. Também relatou o uso de clonazepam. Além disso, também houve a realização de 2 cirurgias anteriores devido hemorroidas. Nos antecedentes familiares, filha com linfoma de delgado, e neoplasia primária de fígado em tia materna aos 70 anos. Dados sobre o exame físico, na época, não foram relatados.

O paciente foi submetido à colonoscopia (setembro/2014) que evidenciou diversos pólipos e um deles foi diagnosticado com neoplasia polipoide de sigmoide, sendo realizada polipectomia, estando estes associados a uma lesão plana, que foi deixada para retirada a posteriori. Em colonoscopia para retirada de lesão plana (LST) foram encontrados outros diversos pólipos e um novo pólipo pediculado com cerca de 2cm (anatomopatológico compatível com adenoma viloso).

Em colonoscopia de controle (maio/2015), foram encontrados diversos pólipos e outro pólipo pediculado com patologia compatível com adenocarcinoma invasivo, tendo sido indicado à cirurgia. Em seguida, foi realizado uma RNM de abdome total com contraste (primovist) que evidenciou 6 nódulos de aspecto secundário no lobo direito do fígado. Foi realizado um hemograma que evidenciou hemoglobina de 14.1, plaquetas em 263.000, além dos marcadores antígeno carcinoembriogênico (CEA) em 4.5 ng/ml e o CA 19-9 em 947.

A hipótese diagnóstica elaborada foi de adenocarcinoma de cólon transversal com metástase hepática. Após isso, o paciente foi submetido à colectomia total laparoscópica com anastomose ileorretal no Hospital Sírio Libânês, em 28 de maio de 2015, cujo exame anatomopatológico mostrou tratar-se de um adenocarcinoma moderadamente diferenciado (grau 2) de cólon transversal, que infiltra o tecido adiposo pericólico (Pt3) com invasão carcinomatosa angiolinfática presente e metástases para cinco (05) de um total de noventa e cinco (95) linfonodos regionais dissecados (05/95 - pN2a); margens cirúrgicas proximal (íleo), distal (cólon) e circunferencial livres de neoplasia. Estadiamento anatomopatológico (TNM): pT3 pN2a M1, estadiamento IV, indicando o tratamento adjuvante com quimioterapia através de port-a-cath. No período da quimioterapia, foram feitos novos exames de sangue de rotina, que evidenciaram hemoglobina de 13.5, uma plaquetose (633.000), CEA de 5,9 ng/ml e CA 19-9 em 2916.

Após sessões de QT, devido a resposta insatisfatória, o paciente foi submetido a cirurgia para ressecção das lesões hepáticas. No dia 08 de setembro de 2015 houve a realização da enucleação de lesões hepáticas (seg VII - 1,2cm e seg IV/VII - 0.6cm, ablação por radiofrequência lesão seg VII 0 1,2cm e segmentectomia seg V e VI não regradada), com congelação da margem profunda do segmento VII: livre. Em hemograma realizado em setembro de 2015, constatou-se hemoglobina 11.9, plaquetas em 528.000, CEA em 2,9 ng/ml e o CA 19-9 em 44. Em exames subsequentes realizados no terceiro trimestre de 2016, a hemoglobina era 12.9, plaquetas em 238.000, o CEA e o CA19-9 em 41 ng/ml e 4218, respectivamente.

Um ano após segmentectomia, em novo rastreamento realizado através de PET/CT, evidenciaram-se dois nódulos hepáticos em segmentos V/VIII e VI/VII, portanto, em 26 de abril de 2017 (2 anos depois), o paciente retornou ao hospital

para realização de nova radioablação de nódulos, ambos com cerca de 2cm de extensão. Após realização de procedimento, não foi identificada nenhuma área suspeita de metástase e paciente evoluiu com doença estável.

DISCUSSÃO

Os fatores genéticos e ambientais desempenham um papel importante na etiologia do CCR. A maioria dessas neoplasias é esporádica, ou seja, não há história familiar de primeiro grau com câncer colorretal; Dessa forma, história familiar positiva desempenha um papel em apenas, aproximadamente, 15 a 20% dos pacientes, sendo 80% de caráter esporádico (KUIPERS *et al.*, 2015).

Na maioria das populações ocidentais, o risco médio de vida para câncer colorretal está na faixa de 3 a 5%⁴. No entanto, esse risco quase dobra em indivíduos com familiar de primeiro grau com câncer colorretal que foi diagnosticado aos 50-70 anos de idade; o risco triplica se o parente de primeiro grau tinha menos de 50 anos de idade no diagnóstico. O risco aumenta ainda mais em indivíduos que dois ou mais membros da família são afetados (NAHAS; PINTO; NAHAS, 2011).

Além do fator genético em questão, há também os fatores dietéticos, a obesidade e a influência da realização de atividades físicas. O paciente do caso apresenta obesidade e sedentarismo, que podem ter sido fatores externos estimulantes para o desenvolvimento do CCR.

A obesidade e a atividade física alteram as relações do fator de crescimento da insulina (IGF) (NAHAS; PINTO; NAHAS, 2011). Parece aumentar o risco de CCR por meio da resistência à insulina, devido aos níveis altos de IGF estarem associados à proliferação celular que pode desencadear a neoplasia colônica, e por outro lado a prática de atividade física está relacionada ao risco reduzido, uma vez que leva a mudanças na sensibilidade à insulina e níveis de IGF (NAHAS; PINTO; NAHAS, 2011).

O diagnóstico precoce e preciso das lesões colorretais podem ser dificultados quando houver sangramento anal negligenciado pelo paciente¹, o que parece ter

sido o caso em questão. O paciente relatou histórico hemorroidário com duas cirurgias anteriores, e provavelmente ao ter sangramento anal como decorrência de uma manifestação clínica do CCR não se obteve a preocupação necessária para o diagnóstico e a triagem precoce da doença, o que seriam essenciais para a realização de prevenção e evolução do paciente com um bom prognóstico (KUIPERS *et al.*, 2015). Além disso, o paciente também teve como sintoma a alteração do hábito intestinal, que seja diarreia ou constipação, sendo estes o segundo sintoma mais comum (NAHAS; PINTO; NAHAS, 2011).

Em estudo feito pela *American Cancer Society* (ACS), no ano de 2018, o benefício absoluto esperado da triagem em adultos de 45 a 49 anos era melhor do que em outras faixas etárias para as quais a triagem é atualmente recomendada (KUIPERS *et al.*, 2015). A ACS recomenda que adultos com 45 anos ou mais e com risco médio de câncer colorretal sejam submetidos à triagem regular com um teste de alta sensibilidade baseado em fezes ou com um exame estrutural (visual), dependendo da preferência do paciente e da disponibilidade do teste. Em risco médio, se enquadram pacientes com fatores de risco associados a um estilo de vida ocidental que demonstraram aumentar o risco de CCR, como tabagismo, excesso de peso, dieta, incluindo consumo de álcool e carne vermelha e baixo consumo de frutas, vegetais, bem como inatividade física.

Como parte do processo de triagem, todos os resultados positivos devem ser acompanhados com colonoscopia oportuna. A recomendação para iniciar a triagem aos 45 anos se torna uma recomendação qualificada e a recomendação para triagem regular em adultos com 50 anos ou mais é uma forte recomendação (WOLF *et al.*, 2018). Quanto ao caso relatado, o mesmo não havia iniciado exames para rastreio do CCR a partir da idade esperada, somente realizando colonoscopia após início de sintomas aos 64 anos. Talvez o rastreamento precoce tivesse possibilitado um tratamento mais eficaz, menos invasivo e um melhor prognóstico, como recomenda as diretrizes da ACS (KUIPERS *et al.*, 2015; WOLF *et al.*, 2018).

Adultos de risco médio e boa saúde com uma expectativa de vida superior a 10 anos continuem a triagem de CCR até os 75 anos, não sendo recomendada esta triagem após os 85 anos de idade, pois além dos 75 anos, há uma maior incerteza sobre a relação benefício dano para a triagem de CCR (WOLF *et al.*, 2018).

Também é necessário particularizar as decisões de triagem CCR para indivíduos com idades entre 76 e 85 anos, com base nas preferências do paciente, expectativa de vida, estado de saúde e histórico anterior de triagem (WOLF *et al.*, 2018). O foco desta triagem deve estar em indivíduos saudáveis e com poucos fatores de risco, que esperam viver pelo menos 10 anos. A incidência de CCR diminuiu constantemente nas últimas duas décadas na população com 50 anos ou mais por causa da influência combinada da triagem e alterações na exposição a fatores de risco (WOLF *et al.*, 2018).

A colonoscopia é o padrão-ouro para a triagem de CCR. Possui uma alta precisão diagnóstica e pode avaliar a localização do tumor (WOLF *et al.*, 2018). Esse exame foi essencial para o diagnóstico do caso em questão, permitindo simultaneamente a amostragem da biópsia e, portanto, confirmação histológica do diagnóstico de adenocarcinoma, bem como definindo a localização tumoral. O caso relatado foi submetido a uma colonoscopia pré-operatória no dia 26 de maio de 2015, em que foram encontrados lesões de crescimento lateral e pólipos sésseis no ceco, em cólon ascendente, transverso e sigmoide. A maioria das diretrizes recomenda que a colonoscopia seja realizada antes da cirurgia inicial, ou dentro de 2 a 4 meses da cirurgia de emergência, para detectar lesões síncronas, seguida pela repetição da colonoscopia em um ano para detectar tumores metacrônicos. A sobrevida global após a recorrência da CCR aumentou significativamente nos pacientes do grupo de vigilância intensiva (VAN DER STOK *et al.*, 2016). Ressalta-se que o paciente encontra-se em seguimento, realizando retossigmoidoscopias de controle anuais.

Para um bom planejamento cirúrgico e estadiamento logo após a colectomia, o caso foi submetido a um método de imagem, tomografia computadorizada de abdome e pelve, que evidenciou lesões focais hepáticas de até 1,4 cm, caracterizando-as como nódulos secundários.

O tratamento curativo para pacientes que apresentam CCR ressecável em estágio IV é a cirurgia, que com ou sem terapia sistêmica oferece o único potencial de cura e está associada a melhores resultados em longo prazo do que aqueles de pacientes com CCR metastático irressecável tratados com terapia sistêmica paliativa. Porém, apenas 10 a 20% dos pacientes com CCR metastático são

elegíveis para estratégias de tratamento curativo. A maior parte da literatura sobre o tratamento no estágio IV com intenção curativa é focada em pacientes com metástases hepáticas colorretais e sem doença extra-hepática (VAN DER STOK *et al.*, 2016).

As metástases hepáticas em pacientes com CCR representam doença em estágio IV, na qual a sobrevida em cinco anos é de apenas 6%, no entanto, o CCR estágio IV abrange um amplo espectro clínico da doença, e os pacientes com lesões metastáticas ressecáveis cirurgicamente confinadas ao fígado têm uma taxa de sobrevida em 5 anos de 25 a 40% (JEGATHEESWARAN *et al.*, 2014). A hepatectomia parcial mostrou que oferece o potencial de cura nesses pacientes com várias séries de casos, indicando sobrevida em 5 anos de 30 a 60% e sobrevida em 10 anos de aproximadamente 20% (VAN DER STOK *et al.*, 2016).

A ressonância magnética não é usada rotineiramente para vigilância após ressecção da CCR; no entanto, foi constatado que a sensibilidade da RM para a detecção de recorrência local é de aproximadamente 95%, com especificidade de 82% (VAN DER STOK *et al.*, 2016). O paciente deste caso clínico fez uso de RM para seguimento oncológico nos meses subsequentes à colectomia. Após um ano de colectomia, foi realizada uma retossigmoidoscopia para seguimento, constatando-se anastomose ileorretal sem deformidades. Já a especificidade do PET é reduzida nos primeiros 12 meses após a radioterapia, devido à presença de alterações inflamatórias e proliferativas agudas induzidas por radiação nos tecidos. Em geral, o PET não é rotineiramente usado na vigilância após o tratamento para a CCR com intenção curativa (VAN DER STOK *et al.*, 2016).

Para pacientes que recebem apenas cuidados de suporte, as taxas medianas de sobrevida são fracas e não excedem 5-6 meses, desta forma, além da abordagem cirúrgica do tumor de cólon, a ressecção de lesões hepáticas, quando presentes, continua sendo a única chance de sobrevida em longo prazo (VAN DER POOL *et al.*, 2012).

Diante dos achados, o caso relatado foi submetido à colectomia total associada à terapia adjuvante quimioterápica seguida de segmentectomia, enucleação e radioablação hepática. A posteriori foi feita uma nova abordagem de lesões hepáticas remanescentes através da radioablação. Dessa forma, o nosso

paciente já segue estável, com sobrevida de cinco anos, sem apresentar novos focos metastáticos.

A primeira opção seria a ressecção simultânea das metástases hepáticas e do tumor primário colorretal. Essa abordagem é atraente, pois a carga macroscópica do tumor pode ser removida durante uma única operação; no entanto, a morbidade associada à ressecção complexa do fígado combinada à ressecção do intestino grosso pode ser considerável⁸. Para esses pacientes que possuem lesões metastáticas hepáticas, os escores de risco clínico são baseados no número de tumores, no CEA sérico, no tamanho do tumor e no status nodal, sendo estes um importante fator prognóstico para a recorrência da doença após a ressecção (VAN DER STOK *et al.*, 2016).

O CEA sérico é o biomarcador mais utilizado para o seguimento de CCR disseminada. A sensibilidade do CEA para identificar pacientes com metástases distantes da CCR depende do nível de corte utilizado e varia de 50 a 70%, com especificidade de 80 a 90%. Um estudo que incluiu 4.285 pacientes com CCR estabeleceu um ponto de corte de CEA sérico ideal de 2,2 ng / ml, com sensibilidade de 64% e especificidade de 90% para detecção de metástases de CCR. O limite superior do CEA ideal é 5 ng/ml (ZHU *et al.*, 2018). Após a ressecção das metástases hepáticas colorretais (CRLM), a avaliação da extensão do aumento dos níveis séricos de CEA (em particular, uma inclinação $\geq 25\%$) em vez dos valores absolutos pode ajudar a identificar pacientes com doença recorrente, com sensibilidade de 69 % (VAN DER STOK *et al.*, 2016).

No paciente do caso, ao dosar o CEA, antes da colectomia total, este se encontrava em 4,5 ng/ml, tendo subido para 5,9 ng/ml mesmo após a colectomia, pois ainda havia nódulos hepáticos presentes. O CEA do paciente só tornou a baixar para 2,9 ng/ml após segmentectomia hepática, confirmando a boa correlação deste marcador para controle terapêutico. Porém, em novo rastreo realizado, o CEA do paciente voltou a subir até 41 ng/ml, e ao realizar uma PET/CT, evidenciou-se dois novos nódulos hepáticos consistentes com neoplasia secundária. Além disso, o paciente também constatou, na época, um tumor vesical. Após a realização de uma cistoscopia e de uma radioablação hepática, o CEA volta a baixar, atingindo a marca de 4,3 ng/ml.

Pesquisa indicou que o número de plaquetas (PCT) desempenha um papel importante no diagnóstico e acompanhamento de CCR, e a combinação deste PCT com o CEA alcança um melhor desempenho diagnóstico do que a detecção de CEA e CA19-9 (ZHU *et al.*, 2018). Constatou-se que entre os pacientes com CCR os níveis de plaquetas estão associados aos estágios do TNM, à progressão do tumor e das metástases. Neste estudo, os números de plaquetas mostraram-se inicialmente aumentadas em pacientes com CCR.

A detecção combinada de PCT e CEA deve ser considerada como marcador potencial para o acompanhamento clínico do CCR. O nosso paciente veio a apresentar plaquetose 633.000 quando iniciou tratamento quimioterápico para lesões secundárias do fígado. A contagem de plaquetas continuou alargar-se, atingindo 528.000, mesmo após a colectomia, possivelmente devido à recorrência das lesões hepáticas. Após o tratamento realizado, o PCT não tornou a expandir-se novamente.

Em geral, a carga tumoral influencia a sobrevida dos pacientes com CCR estágio IV após o tratamento com intenção curativa; portanto, é provável que a vigilância intensiva do acompanhamento seja relevante para esses pacientes, porque a detecção precoce da recorrência da doença pode aumentar a possibilidade de tratamento adicional com intenção curativa. De fato, evidências acumuladas indicam que a ressecção repetida de metástases hepáticas melhora a sobrevida desses pacientes (VAN DER STOK *et al.*, 2016).

A sobrevida, em longo prazo, de todos os pacientes com metástases colorretais, tanto operáveis quanto inoperáveis, vem melhorando significativamente nas últimas duas décadas. O aumento do uso da ressecção hepática tem desempenhado algum papel nesses resultados positivos, mas persistem grandes variações em seu uso. Ainda assim, para aproximadamente 20% dos pacientes com metástases limitadas ao fígado cuja doença é considerada ressecável a hepatectomia com intenção curativa é agora o padrão de atendimento. Para ser mais útil clinicamente, a sobrevida após a ressecção hepática para metástase de CCR deve relatar a sobrevida em 10 anos (KANAS *et al.*, 2012). A hepatectomia repetida e até sequencial para recorrentes metástases hepáticas colorretais são possíveis, com sobrevida e taxas de morbidade semelhantes às relatadas após o início

hepatectomia. A combinação de ressecção convencional com técnicas locais (como ablação por radiofrequência) pode permitir que mais pacientes sejam submetidos ao tratamento curativo (VAN DER POOL *et al.*, 2012).

A maioria dos centros oferece um protocolo de vigilância mais intensivo nos primeiros três anos após hepatectomia parcial em pacientes com metástases colorretais. A vigilância durante esse período inicial geralmente consiste em TC do tórax e abdômen, ressonância magnética de tórax e abdome, radiografia de tórax, ultrassonografia de abdome superior e testes de CEA sérico a cada 3-6 meses (VAN DER STOK *et al.*, 2016). Hoje, cinco anos após o aparecimento do CCR primário, o paciente segue realizando exames de imagem a cada quatro meses, não tendo alargado este tempo devido ao aparecimento de outros focos secundários, para melhor seguimento oncológico.

CONCLUSÃO

Baseado nos resultados pode-se afirmar que o adenocarcinoma colorretal é um câncer prevenível. Primeiramente pela possibilidade do indivíduo aderir a um estilo de vida mais saudável (exercícios físicos combinado com alimentação rica em fibras e diminuição da ingestão de carne vermelha), além do abandono ao tabagismo e o etilismo.

Em segundo lugar, há a possibilidade da realização da colonoscopia como método de triagem precoce para que, desta forma, o paciente esteja apto a realizar o melhor tratamento com intenção curativa, melhorando assim o prognóstico da doença e a sobrevida deste paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

JEGATHEESWARAN, S. *et al.* Management of colorectal cancer presenting with synchronous liver metastases. **Nat Rev Clin Oncol.**, v. 11, n. 8, p. 446-459, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/nrclinonc.2014.90>. Acesso em 10 out. 2020

KANAS, G. P. *et al.* Survival after liver resection in metastatic colorectal cancer: review and meta-analysis of prognostic factors. **Clin Epidemiol.**, v. 4, n. 1, p. 283-301, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3496330/pdf/clep-4-283.pdf>. Acesso em 10 out. 2020.

KUIPERS, E. J. *et al.* Colorectal cancer. **Nat Rev Dis Primers**, v. 1, p. 15065, 2015. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrdp201565>. Acesso em 10 out. 2020.

NAHAS, S. C.; PINTO, A.; NAHAS, C. S. R. Adenocarcinoma Colorretal. In: ZATERKA, S.; EISIG, J, editores. **Tratado de Gastroenterologia: da graduação a pós-graduação**. São Paulo-SP: Ed. Atheneu, 2011.p.757- 770.

RIES, L. A. G. *et al.* The annual report to the nation on the status of cancer, 1973-1997, with a special section on colorectal cancer. **American Cancer Society**, v. 88, p. 2398-2424, 2000. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/%28SICI%291097-0142%2820000515%2988%3A10%3C2398%3A%3AAID-CNCR26%3E3.0.CO%3B2-I>. Acesso em 10 out. 2020.

SCHREUDERS, E. H. *et al.* Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. **Gut**, v. 64, p. 1637-1649, 2015. Disponível em: <https://gut.bmj.com/content/gutjnl/64/10/1637.full.pdf>. Acesso em 10 out. 2020.

VAN DER POOL, A. E. M. *et al.* Trends in incidence, treatment and survival of patients with stage IV colorectal cancer: a population-based series. **Colorectal Dis**, v. 14, n. 1, p. 56-61, 2012.

VAN DER STOK, E. P. *et al.* Surveillance after curative treatment for colorectal cancer. **Nat Rev Clin Oncol.**, v. 14, p. 297-315, 2017.

WOLF, A. M. D. *et al.* Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. **CA Cancer J Clin.**, v. 68, n. 4, p. 250-281, 2018. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21457>. Acesso em 10 out. 2020.

ZHU, X. *et al.* Evaluation of platelet indices as diagnostic biomarkers for colorectal cancer. **Sci Rep**, v. 8, p. 11814, 2018. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-29293-x>. Acesso em 10 out. 2020.