UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE da FAMÍLIA

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

CASO COMPLEXO 9
Família Lima

Fundamentação Teórica: Hemorroidas e câncer colorretal

Hemorroidas e câncer colorretal
Alexandre Fonoff

1) Hemorroida

Hemorroida (do grego antigo *αἱμορροΐς* (aimorrois), composto de *αἷμα* (aima) "sangue" e *ῥέω* (reo) "escorrer"), é uma estrutura anatômica normal, o conjunto dos plexos venosos anorretais que são responsáveis por proteger o canal anal de traumatismos decorrentes da evacuação e por ajudar a manter a continência fecal e a realizar drenagem venosa da região. Chamamos de doença hemorroidária a dilatação dessas veias, acompanhadas ou não de inflamação, hemorragia ou trombose. É frequente na população entre os 30 e 50 anos, com discreta predominância no sexo masculino. As principais queixas relacionadas à doença hemorroidária são o sangramento ocasional, ao redor das fezes, de sangue "vivo", com a presença ou não de proeminência (mamilo) observado à palpação e o prurido anal. A presença de dor à evacuação é mais característica de fissura anal, mas também pode ocorrer na doença hemorroidária se houver inflamação ou trombose venosa. (Fonte: Wikipedia)

Causas

Atualmente se considera o afrouxamento do tecido de sutentação do plexo vascular hemorroidário, permitindo seu prolapso e engurgitamento, a teoria mais aceita. A obstipação crônica, com esforço excessivo no ato evacuatório, talvez seja o fator desencadeante mais importante.

Classificação

A doença hemorroidária é classificada de duas formas: quanto à sua localização (interna, externa ou mista) e quanto ao seu grau (1º, 2º, 3º e 4º graus), no caso das internas.

Doença hemorroidária interna

Os plexos hemorroidários se localizam acima da linha pectínea, na mucosa retal (epitélio colunar), ou logo acima da transição cutâneo-mucosa. Os sintomas principais são sangramento e prolapso. Dor é infrequente, estando presente na trombose ou quando a doença está associada a outras afecções, mais frequentemente a fissura anal.

No grau I, o paciente apresenta um aumento no número e tamanho das veias hemorroidárias, mas não há prolapso.

No grau II, os mamilos hemorroidários se apresentam fora do canal anal no momento da evacuação, mas retornam espontaneamente para dentro do canal anal.

No grau III, também ocorre o prolapso hemorroidário, mas este necessita de ajuda manual para o seu retorno para o canal anal.

O grau IV, apresenta um prolapso hemorroidário permanente e irredutível, o que traz maior desconforto ao paciente.

Doença hemorroidária externa

O plexo vascular hemorroidário externo se localiza distalmente à linha pectínea e é recoberto por pele. Geralmente as hemorroidas só são notadas ou sentidas quando há inflamação ou trombose. O prurido é frequente.

Doença hemorroidária mista

Ocorre quando há associação das duas anteriores.

Trombose hemorroidária

Pode ocorrer na doença hemorroidária interna, externa e mista. Ocorre quando, durante a vigência de prolapso hemorroidário concomitante a um momento de contração exuberante e involuntária dos esfíncteres anais interno e externo, há dificuldade do retorno venoso, estagnação e consequentemente trombose. Há formação de coágulos aderentes aos vasos componentes do plexo hemorroidário, dilatação exuberante, dor e às vezes sangramento devido ao rompimento (ulceração) do tecido que recobre o plexo vascular acometido (transição cutâneo-mucosa nas internas e pele nas externas).

Tratamento

Pode ser cirúrgico ou não cirúrgico.

O tratamento não cirúrgico inclui medidas gerais, como mudança de hábitos nutricionais e de higiene, que são muito eficientes, principalmente nos casos de hemorroidas internas de 1o e 2o graus. Pomadas são muito prescritas, mas pouco eficazes. A terapia medicamentosa oral com diosmina/hesperidina e anti-inflamatórios não hormonais deve ser reservada para os casos de trombose.

Podem ser utilizados também tratamentos ambulatoriais não cirúrgicos, como esclerose, ligadura elástica e fotocoagulação infravermelho.

O tratamento cirúrgico inclui atualmente a hemorroidectomia convencional pela técnica de Milligan-Morgan e suas variantes, o grampeamento endorretal (PPH) e a desarterialização da hemorroida guiada por Doppler transanal (TDH).

Em tromboses, sejam elas internas, externas ou mistas, o tratamento cirúrgico (somente pela ressecção convencional) deve ser realizado quando há falha do tratamento clínico nos casos mais simples, ou em quadros muito exuberantes e dolorosos.

2) Câncer colorretal

O câncer colorretal (CCR) é uma neoplasia maligna que afeta o intestino grosso e/ou o reto, acometendo a parede intestinal. Pode comprometer outros órgãos, invadindo diretamente, ou através de disseminação pelas vias linfáticas ou hematogênicas, denominadas metástases. Esse tipo de câncer é um dos mais frequentes, abrange tumores em todo o cólon, reto e apêndice. Incide em 1 milhão de pessoas no mundo anualmente e, destas, aproximadamente 655 mil morrem por causa desse tipo de câncer, sendo a terceira forma de câncer mais comum e a segunda maior causa de morte por câncer no mundo ocidental. Aproximadamente 70% das vezes originam-se de pólipos adenomatosos. Tais pólipos são normalmente benignos, mas têm potencial para degenaração para o câncer. Como os pólipos são facilmente removidos pelas tecnologias atuais (polipectomia por colonoscopia), o câncer colorretal poderia ser evitado em muito maior escala. Na maioria das vezes, o diagnóstico de câncer colorretal é feito durante a colonoscopia. Em algumas ocasiões, o diagnóstico de câncer só é feito em prontos-socorros, normalmente em pacientes com nível sociocultural muito baixos. Por demorarem ou terem dificuldade de acesso ao auxílio médico, o diagnóstico fica postergado e é feito em situação extrema, nos casos muito avançados de obstrução e perfuração dos intestinos, durante operação de urgência ou emergência.

As principais características dos tumores intestinais avançados do cólon direito são anemia, emagrecimento e massa palpável no lado direito do abdome.

No cólon esquerdo é a dor em cólica, sangramento intestinal esporádico e emagrecimento.

No reto é a dor local (tenesmo), emagrecimento e evacuações sanguinolentas.

Fatores de risco

Os principais fatores de risco são: idade acima de 50 anos; história familiar de câncer de cólon e reto; história pessoal pregressa de câncer de ovário, endométrio ou mama; dieta com alto conteúdo de gordura,

carne e baixo teor de cálcio; obesidade e sedentarismo. Também são fatores de risco doenças inflamatórias do cólon, como Retocolite Ulcerativa Crônica Inespecífica (R.C.U.I.) e Doença de Cronh, e algumas condições hereditárias (Polipose Adenomatosa Familiar – FAP), Câncer colorretal e Hereditário sem Polipose (HNPCC).

Prevenção

Uma dieta rica em frutas, vegetais, fibras, cálcio, folato e pobre em gorduras animais é considerada medida preventiva. A ingestão excessiva e prolongada de bebidas alcóolicas e tabagismo deve ser evitada. Uma dieta saudável e a prática de exercícios físicos causam grande impacto na redução da incidência do câncer colorretal.

Detecção precoce

O câncer colorretal, quando detectado em seu estágio inicial, possui grandes chances de cura, diminuindo a taxa de mortalidade associada ao tumor. Pessoas com 50 ou mais anos devem se submeter rotineiramente a exames de pesquisa, pelo menos algum destes: toque retal, pesquisa de sangue oculto nas fezes, retossigmoidoscopia flexível, enema opaco, colonografia por tomografia computadorizada e colonoscopia. Devido às dificuldades de disponibilidade dos exames mais sofisticados e de maior custo na rede pública, como a colonografia por tomografia computadorizada e a colonoscopia, recomenda-se o rastreamento com exame de sangue oculto nas fezes anualmente, e, se positivo, encaminhar para realizar colonoscopia.

Tratamento

O câncer precoce (restrito a 1/3 da submucosa) pode ser tratado por via endoscópica, por polipectomias (nos casos de pólipos degenerados) ou mucosectomia, remoção semelhante à polipectomia, na qual se cria uma bolha de solução salina abaixo da lesão e se pratica a remoção mediante alça de polipectomia sob corrente elétrica.

Quando não precoces (avançados), mas restritos ao intestino, são tratados de forma operatória e os índices de cura são altos.

Quando mais avançados, com comprometimento de órgãos vizinhos e/ou metástases a distância, os índices de cura são mais baixos. Podem ser associados tratamentos pré, intra e pós-operatórios, como a radioterapia e/ou quimioterapia, bem como remoção de metástases em orgãos distantes no mesmo ato operatório ou em operação posterior programada. Costuma-se associar quimio e radioterapia para tumores de reto distal. Para tumores dos cólons e reto proximal, apenas quimioterapia. Com o advento de grampeadores mecânicos e maior tolerância de margem oncológica, está se tornando pouco frequente a operação em que se pratica a amputação do reto com necessidade de colostomia definitiva.

Vale a pena ressaltar que, nos últimos 10 anos, trabalhos científicos relatam até 30% de cura em casos de câncer de reto distal apenas com o tratamento radio e quimioterápico exclusivo, sem a necessidade de intervenção cirúrgica. Tais resultados também corroboram para diminuição das indicações de amputação de reto.

Bibliografia consultada

Diretrizes médicas. **Projeto Diretrizes.** Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes_sociedades.php>. Acesso em: ago. 2011.

OLIVEIRA, JR. O; MOREIRA, J; ARAÚJO, S. **Hemorróida:** manejo não-cirúrgico. Projeto Diretrizes, 2006. Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/15-Hemorroida.pdf>. Acesso em: ago. 2011.

_____. **Hemorróida:** manejo cirúrgico. Projeto Diretrizes, 2006. Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/16-HemorroidaTrat.pdf>. Acesso em: ago. 2011.

RAMOS DE DEUS, J; DIAS PEREIRA, A; CORREIA DA SILVA, P. **Doença hemorroidária**. Revista Portuguesa de Coloproctologia, v. 7, n. 1, p. 28-31, 2010. Disponível em: <www.spcoloprocto.org/uploads/recomendacoes_doenca_hemorroidaria.pdf>. Acesso em: ago. 2011.

CORDEIRO, F. et al. **Diagnóstico, estadiamento e tratamento cirúrgico e multidisciplinar do câncer colorretal**. Projeto Diretrizes. Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/020.pdf>. Acesso em: ago. 2011.

HABR-GAMA, A. et al. **Operative versus nonoperative treatment for stage 0 distal rectal cáncer following chemoradiation therapy.** Ann Surg, n. 240, 711-717, 2004.

PUCCIARELLI, M. et al. **Identification of substrates of the Listeria monocytogenes sortases A and B by a non-gel preteomic analysis.** Proteomics, v. 5, n. 12, p. 111-116, 2005.

WGO Practice Guidelines: **Triagem do câncer colorretal 1.** The New England Journal of Medicine, v. 357, n. 14, p. 1403-1412, 4 Oct 2007. Disponível em: <www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/pt/pdf/guidelines/>. Acesso em: ago. 2011.