

## CÂNCER RETAL DE TERÇO MÉDIO E BAIXO: UMA COMPARAÇÃO ENTRE O TRATAMENTO QUIMIORRADIOTERÁPICO E CIRURGIA E O MÉTODO “WATCH AND WAIT” EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO DO OESTE DO PARANÁ

RECTAL CANCER OF THE MIDDLE AND LOWER THIRD: A COMPARISON BETWEEN CHEMORADIOTHERAPY TREATMENT AND SURGERY AND THE “WATCH AND WAIT” METHOD IN A SPECIALIZED HOSPITAL IN THE WEST OF PARANÁ

Felipe Perinazzo da Rosa<sup>1</sup>

Paulo Henrique Dondoni<sup>2</sup>

Júlio César Zanini<sup>3</sup>

Letícia Weiler Prado<sup>4</sup>

**RESUMO:** O câncer retal envolve os tumores com extensão de até 15 cm distalmente da margem anal, sendo o adenocarcinoma o principal tipo histológico, a doença é um importante problema de saúde populacional, pois está entre as neoplasias mais frequentes em todo o mundo. O rastreamento através da colonoscopia é uma importante ferramenta para o diagnóstico precoce, em fase ainda curável da doença e o estadiamento TNM é fundamental para direcionar o tratamento. A radioquimioterapia neoadjuvante seguida da excisão total do mesorreto é considerado a terapia padrão para os tumores retais. Entretanto o método “watch and wait” se tornou uma alternativa viável para os pacientes que atingem resposta patológica completa após a neoadjuvância, e vem sendo amplamente disseminada na prática médica. O estudo apresenta-se como um estudo qualitativo e exploratório, no qual será realizada a avaliação de prontuários médicos de pacientes oncológicos com tumores retais submetidos a ambos os tratamentos em busca de comparar os benefícios de cada terapia. O objetivo é comparar o prognóstico de pacientes submetidos ao protocolo “watch and wat” e a cirurgia, além de analisar as taxas de recorrência, relacionando o estágio do câncer ao melhor método terapêutico mais efetivo.

2307

**Palavras-chave:** Câncer retal. Neoadjuvância. Watch and wait.

<sup>1</sup>Acadêmico do 10º período do curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9396-8165>.

<sup>2</sup>Cirurgião Oncológico, Mestre em Tocoginecologia e Docente do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2673-6900>.

<sup>3</sup>Cirurgião Oncológico no Hospital do Câncer UOPECCAN, Preceptor em Cancerologia Cirúrgica pela mesma Instituição e Docente do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0230-4775>.

<sup>4</sup> Médica formada pelo Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0797-0902>.

**ABSTRACT:** Rectal cancer involves tumors extending up to 15 cm distally from the anal margin, with adenocarcinoma being the main histological type. Screening through colonoscopy is an important tool for early diagnosis, in the still curable phase of the disease, and TNM staging is essential to direct treatment. Neoadjuvant radiochemotherapy followed by total mesorectal excision is considered the standard therapy for rectal tumors. However, the “watch and wait” method has become a viable alternative for patients who achieve complete pathological response after neoadjuvant therapy, and has been widely disseminated in medical practice. The study presents itself as a qualitative and exploratory study, in which the medical records of cancer patients with rectal tumors submitted to both treatments will be evaluated in order to compare the benefits of each therapy. The objective is to compare the prognosis of patients submitted to the “watch and wait” protocol and surgery, in addition to analyzing the recurrence rates, relating the stage of the cancer to the best and most effective therapeutic method.

**Keywords:** Rectal cancer. Neoadjuvance. Watch and wait.

## 1. INTRODUÇÃO

O câncer colorretal é o segundo câncer mais frequentemente diagnosticado no Brasil (SANTOS, 2007), excetuando-se os cânceres de pele não melanoma. Sua incidência tem crescido na última década (MARTEL, 2018), tornando-se um importante problema de saúde populacional (SANTOS, 2007). Entende-se como câncer colorretal os tumores que acometem o cólon – segmento do intestino grosso – e o reto – que inicia após o cólon sigmoide e termina no ânus (INCA, 2018). Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, 30% dos casos de câncer podem ser curados se houver detecção precoce e tratamento adequado (BERNIER *et al.*, 2018).

O tratamento padrão para o câncer de reto é a ressecção cirúrgica do tumor primário (PINHO; FERREIRA; KLEINUBING, 2006), um procedimento radical com risco de morbidades perioperatórias, incluindo disfunções intestinais, sexuais e urinárias (SMITH *et al.*, 2006). A dissecação linfonodal é realizada para fins de estadiamento, controle local e interrupção do processo metastático (MARTEL, 2018). A introdução da terapia neoadjuvante representou outro marco no tratamento do câncer retal, oferecendo a possibilidade de uma regressão tumoral parcial ou total, proporcionando a realização de cirurgia menos morbidade, além de reduzir os índices de recidiva loco-regional e aumentar a sobrevida (CAMPOS *et al.*, 2020).

O protocolo “Watch and Wait” visa evitar que os pacientes sejam submetidos ao tratamento cirúrgico do câncer de reto (SANTOS, 2008). É uma abordagem de observação e espera, que não é padrão, mas tornou-se amplamente praticada (SANTOS, 2008) para pacientes com câncer retal após uma resposta clínica completa a terapia neoadjuvante

(HORVAT *et al.*, 2019). Ainda há muitos desafios da estratégia que precisam ser aprimorados, como a seleção de pacientes, a identificação de preditores precisos de resposta e um perfil de toxicidade aceitável (SMITH *et al.*, 2019).

Devido ao exposto, o presente trabalho busca responder aos questionamentos previamente feitos sobre qual a melhor terapêutica para o tratamento do câncer retal médio e baixo, analisando estadiamento da doença, sobrevida global, sobrevida livre de doença e morbidade.

### 3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo, realizado no município de Cascavel, a partir de dados provenientes de duas fontes distintas. Em primeiro lugar, foram coletados dados provenientes de Registros Hospitalares de Câncer (RHC), a fim de fornecer uma visão geral do perfil clínico-epidemiológico do câncer de reto em Cascavel, Paraná. Os RHC coletam sistematicamente dados relacionados à incidência, mortalidade e qualidade da assistência médico-hospitalar fornecida aos pacientes com câncer. Eles desempenham um papel fundamental em várias áreas, incluindo o apoio à formulação de políticas nacionais de prevenção e controle do câncer, o planejamento da assistência oncológica em âmbito nacional e regional, o auxílio no processo administrativo hospitalar e a contribuição para a elaboração de trabalhos científicos. Dessa forma, os RHC representam fontes essenciais de informações sobre casos diagnosticados e tratados nos hospitais onde estão implantados, oferecendo uma visão do perfil dos pacientes atendidos na rede e da qualidade da assistência prestada em cada unidade hospitalar (KLIGERMAN, 2001; SOUZA *et al.*, 2009).

Para a coleta inicial, foram analisados dados provenientes do Módulo Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer (Integrador RHC) e publicados no endereço eletrônico (<https://irhc.inca.gov.br>). O acesso aos dados se deu por meio do TabNet, tecnologia desenvolvida pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Ministério da Saúde. Foram incluídos casos de câncer de reto (categoria C20 da Classificação Internacional de Doenças - CID10) referentes ao período de dez anos compreendido entre 2015 e 2020. Foram considerados os casos analíticos e não analíticos. Os casos analíticos, alvo principal dos RHC, são aqueles que chegam ao hospital sem diagnóstico de câncer ou com diagnóstico, mas sem tratamento prévio da doença. Foram incluídas pacientes de todas as idades. As variáveis analisadas foram as seguintes: faixa etária, raça/cor, estado conjugal,

grau de escolaridade, tipo histológico, estadiamento (TNM), estado da doença ao final do primeiro tratamento recebido.

Como segunda fonte de dados, foram avaliados prontuários eletrônicos de pacientes oncológicos com câncer retal médio e baixo, a fim de comparar o desfecho oncológico dos pacientes que foram submetidos ao tratamento padrão do câncer retal *versus* o tratamento Watch and Wait, no período de 2015 a 2020. Os pacientes que tiveram diagnóstico de câncer retal no período descrito tiveram seus prontuários analisados em sua totalidade, a fim de quantificá-los e analisar as vantagens e desvantagens de cada terapêutica. O método de seleção desses pacientes foi realizado por meio do sistema de prontuários de um hospital especializado na cidade de Cascavel, Paraná. Mais especificamente foram selecionados dois grupos distintos de pacientes para a pesquisa que apresentam o diagnóstico do câncer, além de realizarem um tratamento especializado. O primeiro grupo pertencente ao cenário de paciente submetidos ao tratamento quimiorradioterápico e cirurgia e o segundo referente aos pacientes submetidos ao método “watch and wait”.

O estudo buscou comparar os tratamentos do câncer retal médio e baixo realizados nesse período, visando analisar os benefícios e malefícios das estratégias terapêuticas adotadas para essa patologia neste hospital especializado em específico. Atenderam aos critérios de elegibilidade: ter realizado o tratamento desse câncer neste centro especializado; ausência de comorbidades que impediram a realização desses tipos de tratamento, ser paciente adulto. Os critérios de exclusão são: pacientes com câncer de reto superior ou retossigmóide, pacientes que foram submetidos a outras linhas de tratamento e pacientes menores de 18 anos de idade.

Desta forma, constituíram a amostra deste estudo pacientes que foram atendidos pelo centro oncológico especializado no oeste do Paraná, apresentam diagnóstico de câncer de reto médio e/ou baixo e foram submetidos ao tratamento padrão ou Watch and Wait no período de 2015 a 2020.

A partir da amostra selecionada, foi realizada uma análise retrospectiva dos prontuários. A análise buscará dados como: diagnóstico de câncer retal; estágio do tumor; tratamento proposto; tempo de tratamento; desfecho pós tratamento; sobrevida livre de doença. Em relação às informações obtidas por meio dos prontuários, foi realizada uma análise estatística descritiva qualitativa e quantitativa, com o objetivo de verificar aspectos relevantes à pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) local, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 65386122.4.0000.5219.

#### 4. RESULTADOS

A partir dos dados primários obtidos nos RHC, por meio da categoria C20 do CID, foram incluídos 236 pacientes diagnosticados com câncer retal no município de Cascavel, Paraná, entre 2015 e 2020. A Tabela 1 abaixo apresenta os principais dados sociodemográficos dos pacientes analisados nesse período.

**Tabela 1:** Dados sociodemográficos de pacientes com câncer retal no município de Cascavel, no período de 2015 a 2020. Dados obtidos por meio do Integrador dos RHC/INCA.

Variável	(n)	(%)
<b>Gênero</b>		
Masculino	154	65,25%
Feminino	82	34,75%
<b>Faixa etária</b>		
0 a 29 anos	1	0,42%
30 a 44 anos	32	13,56%
45 a 54 anos	45	19,07%
55 a 64 anos	69	29,24%
65 a 74 anos	58	24,58%
75 a 84 anos	29	12,29%
> 85 anos	2	0,85%
<b>Raça/cor</b>		
Branca	167	70,76%
Parda	50	21,19%
Preta	8	3,39%
Amarela	4	1,69%
Não consta	7	2,97%
<b>Escolaridade</b>		
Fund. completo	132	55,93%
Fund. Incompleto	12	5,08%
Nenhuma	11	4,66%
Médio completo	39	16,53%
Sup. completo	21	8,90%
Sup. Incompleto	3	1,27%
Não consta	18	7,63%
<b>Estado civil</b>		
Casado(a)	161	68,22%
Solteiro(a)	29	12,29%
Viúvo(a)	20	8,47%
Separado(a)	19	8,05%

**Fonte:** INCA/RHC (Registros Hospitalares de Câncer), 2023.

Por meio da Tabela 1, observou-se predomínio do sexo masculino ( $n = 154$ ; 65,2%) e da faixa etária de 55 a 64 anos ( $n = 69$ ; 29,2%), seguida da faixa etária de 65 a 74 anos ( $n = 58$ ; 24,5%). Com relação à etnia, houve predomínio da etnia branca ( $n = 167$ ; 70,7%). Isso pode ser justificado pelo fato de que a maioria da população em Cascavel é caucasiana. Sobre o grau de escolaridade, 55,9% apresentaram o ensino fundamental completo ( $n = 132$ ). Com relação ao estado civil, 68,2% eram casados ( $n = 161$ ).

A Tabela 2 apresenta os principais hábitos de vida apresentados pelos pacientes.

**Tabela 2:** Hábitos de vida de pacientes com câncer retal no município de Cascavel, no período de 2015 a 2020. Dados obtidos por meio do Integrador dos RHC/INCA.

Hábito de vida Variável	Tabagismo		Etilismo	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Ex-consumidor	50	21,19%	23	9,75%
Não avaliado	5	2,12%	5	2,12%
Nunca	105	44,49%	101	42,80%
Não consta	50	21,19%	53	22,46%
Sim	26	11,02%	54	22,88%

**Fonte:** INCA/RHC (Registros Hospitalares de Câncer), 2023.

Com base na Tabela 2, percebe-se que 22,8% dos pacientes ( $n = 54$ ) são etilistas e 11%, tabagistas. Ex-tabagistas e ex-etilistas corresponderam a 21,1% e 9,7%, respectivamente. Ainda, a maioria dos pacientes nunca fez uso de álcool (42,8%) ou tabaco (44,4%).

A Tabela 3 apresenta os principais dados clínicos relativos ao estadiamento da doença, tipo histológico, estado da doença ao final do primeiro tratamento recebido e história familiar de câncer.

**Tabela 3:** Principais dados clínicos de pacientes com câncer retal no município de Cascavel, no período de 2015 a 2020. Dados obtidos por meio do Integrador dos RHC/INCA.

Variável	(n)	(%)
<b>Estadio (TNM)</b>		
I	12	5,08%
IIA	47	19,92%
IIB	14	5,93%
IIIA	40	16,95%
IIIB	29	12,29%
IIIC	11	4,66%
IV	81	34,32%
<b>Tipo histológico</b>		
Adenocarcinoma, SOE <sup>1</sup>	176	74,58%
Adenocarcinoma tubular	51	21,61%
Outros	9	3,81%

<b>Estado da doença ao final do primeiro tratamento</b>		
Remissão completa	5	2,12%
Remissão parcial	16	6,78%
Doença estável	133	56,36%
Doença em progressão	19	8,05%
Fora de possibilidade	2	0,85%
Óbito	42	17,80%
<b>História familiar de câncer</b>		
Não	79	33,47%
Sem informação	66	27,97%
Sim	91	38,56%

**Fonte:** INCA/RHC (Registros Hospitalares de Câncer), 2023.

i. SOE: Sem outras especificações.

De acordo os dados da Tabela 3, percebe-se que houve predomínio do estágio IV (n = 81; 34,3%). A seguir, o estágio IIA apresentou 19,9% dos casos. Com relação ao tipo histológico, o adenocarcinoma, sem outras especificações, foi o tipo mais comum (n = 176; 74,5%). Ao analisar o estado da doença ao final do primeiro tratamento realizado, 56,3% (n = 133) apresentavam a doença estável. Houve 42 registros de óbitos, correspondendo a 17,8% da amostra. Outro dado relevante foi de que 38,5% apresentava história familiar de câncer.

2313

De acordo com os dados obtidos pelos prontuários eletrônicos do centro especializado em oncologia, foram incluídos 91 casos de pacientes diagnosticados com câncer de reto, com localização específica em terço médio ou baixo. A Tabela 4 apresenta os dados logo abaixo.

**Tabela 4:** Principais dados clínicos de pacientes com câncer retal no município de Cascavel, no período de 2015 a 2020. Dados obtidos por meio de dados secundários de um centro especializado em oncologia do município.

Variável	(n)	(%)
Total de casos	91	100%
<b>Gênero</b>		
Masculino	57	62,6%
Feminino	34	37,4%
<b>Faixa etária</b>		
< 40 anos	2	2,2%
40 a 49 anos	15	16,4%
50 a 59 anos	19	20,9%
60 a 69 anos	26	28,6%
70 a 79 anos	19	20,9%
80 ou mais	10	11,0%
<b>Porção retal</b>		
Reto médio	38	41,8%
Reto baixo	53	58,2%
<b>Tipo histológico</b>		

Adenocarcinoma SOE	89	97,8%
Adenocarcinoma tubular	2	2,2%
<b>Estadiamento</b>		
I	8	8,8%
IIA	15	16,5%
IIB	2	2,2%
IIIA	15	16,5%
IIIB	19	20,9%
IV	4	4,4%
<b>Recidiva</b>		
Sim	34	37,4%
Não	57	62,6%
<b>Desfecho</b>		
Seguimento	58	63,7%
Perda de seguimento	11	12,1%
Paliação	8	8,8%
Óbito	14	15,4%

**Fonte:** Dados secundários de prontuários eletrônicos.

1. SOE: Sem outras especificações.

A partir dos obtidos de prontuários eletrônicos de um centro de oncologia, percebe-se que houve predomínio do sexo masculino em 62,6% ( $n = 57$ ). A faixa etária mais acometida foi a de 60 a 69 anos ( $n = 26$ ; 28,6%). A porção do reto mais acometida pelo tumor foi o reto baixo ( $n = 53$ ; 58,2%). O tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma ( $n = 89$ ; 97,8%). O estágio com maior número de casos foi o IIIB ( $n = 19$ ; 20,9%). Dentre os casos apresentados, houve recidiva em 37,4% ( $n = 34$ ). As recidivas mais comuns incluíram a pulmonar, hepática, locorregional, cólon, retroperitoneal e pélvica. Como desfecho, 14 pacientes foram a óbito, 58 deram seguimento ao tratamento, 11 tiveram perda de seguimento e 8 estavam sob cuidados paliativos. Complicações foram relatadas ao longo do tratamento, dentre as quais podemos citar: pneumonia, piora da função renal, infecção de sítio cirúrgico, hérnia incisional, resutura de anastomose, síndrome de Fournier, deileostomia, íleo paralítico, carcinomatose, abdome agudo obstrutivo, fístula colorretal, neutropenia moderada, fístula anastomótica e trombose de porto cath.

Com relação ao método "Watch and Wait", 17 pacientes deram seguimento por meio desta abordagem. Destes, 6 casos apresentaram recidivas (sacral, hepática, locorregional e pulmonar), sendo que 11 pacientes apresentavam o tumor em localização de reto baixo. Assim, 6 pacientes apresentaram resposta completa à abordagem, os demais apresentaram resposta parcial ou mínima. Sobre o desfecho, 10 deram seguimento, um paciente foi

submetido a novas sessões de radioterapia, 2 foram a óbito e 2 estavam sob cuidados paliativos.

## 5. DISCUSSÃO

Portanto, no presente estudo, observamos que houve predomínio do sexo masculino, tanto nos dados obtidos pelo RHC quanto nos prontuários eletrônicos. A faixa etária de maior predominância foi de 55 a 64 anos (INCA) e 60 a 69 anos (centro oncológico). O predomínio da raça branca pode ser explicado pelo fato de que a maioria da população no município de Cascavel é caucasiana. O estádio IIA foi predominante nos dados do RHC e o estádio IIIB foi predominante nos dados do centro oncológico. A maioria dos tumores apresentavam como tipo histológico o adenocarcinoma e localização em reto baixo. Com relação à comparação entre o tratamento padrão e o Watch and Wait, percebe-se que a amostra deste grupo foi muito inferior à amostra do grupo que recebeu o tratamento padrão.

Portanto, observamos que não foi possível estabelecer conclusões definitivas quanto à inferioridade ou superioridade em termos de mortalidade, remissão da doença ou desfecho favorável entre os grupos de tratamento analisados. Esta limitação resulta da notória discrepância no tamanho das amostras entre o grupo submetido ao tratamento padrão e o grupo que optou pela estratégia de "Watch and Wait". A amostra do último mencionado revelou-se substancialmente menor em comparação, comprometendo, assim, a robustez estatística das análises comparativas. Portanto, qualquer tentativa de determinar qual abordagem terapêutica se destacou em termos de desfechos clínicos deve ser abordada com extremo cuidado, visto que os dados disponíveis permitem apenas que hipóteses possam ser geradas e não recomendações clínicas. Ressalta-se que futuros estudos, com uma alocação adequada de amostras entre os grupos de tratamento, são indispensáveis para uma análise mais precisa e conclusiva sobre a eficácia comparativa dessas abordagens terapêuticas no contexto do câncer de reto.

Os tumores com extensão distal até 15 cm da margem anal são classificados como retais. O reto é classificado de acordo com a distância da borda anal, em baixo/distal, médio, alto/proximal, sendo até 5 cm, entre 5 a 10 cm e entre 10 a 15 cm, respectivamente (MARTEL, 2018). As neoplasias que abrangem cólon direito, cólon sigmoide, cólon descendente e reto são denominadas câncer colorretal (CAMPOS *et al.*, 2020). Esse grupo representa a terceira neoplasia mais prevalente em homens e a segunda em mulheres (HORVAT *et al.*, 2019), excetuando os cânceres de pele não melanoma. Apresenta alta morbimortalidade, com dados

demonstrando mais de 1 milhão de mortes por ano mundialmente (WANG; DENG; WU, 2021). A taxa de mortalidade em países desenvolvidos é menor, demonstrando a eficácia do rastreamento e melhorias no estadiamento e tratamento do câncer de reto (WANG; DENG; WU, 2021). O câncer colorretal é um tipo de tumor que tem início no cólon ou no reto, podendo ser referido isoladamente como câncer de cólon ou câncer retal, dependendo do local de origem da lesão.

O tumor normalmente começa como um pólipó benigno que pode se transformar em câncer, sendo os de riscos os adenomas e suas variantes (KELLOFF *et al.*, 2004). A displasia, mais comumente encontrada em pacientes com colite ulcerativa ou doença de Crohn é outro tipo de condição pré-cancerosa, em que as células possuem características anormais e podem evoluir para malignidade (LEVIN *et al.*, 2008). O câncer colorretal tem como principal tipo histológico o adenocarcinoma, presente em 95% dos casos e surge do epitélio glandular do cólon – criptas – que dão origem a um pólipó (PIVA *et al.*, 2015).

O rastreamento de câncer colorretal é fundamental para que seja identificado precocemente, com impacto positivo na morbimortalidade da doença (CAZZAMATTA *et al.*, 2012). O rastreamento padrão a nível mundial recomenda que nos pacientes com mais de 40 anos seja realizado anualmente o toque retal e a partir dos 50 anos seja realizada anualmente a pesquisa de sangue oculto nas fezes e a colonoscopia da base, a qual deve ser repetida posteriormente de acordo com os achados no primeiro exame ou sintomatologia do paciente (ASSIS, 2011). Nos pacientes que possuem familiares de primeiro grau com câncer colorretal, o início do rastreamento depende da idade em que o familiar foi diagnosticado com a doença sendo realizado em uma idade 10 anos inferior à idade em que o parente teve o câncer diagnosticado, exceto se o primeiro caso tenha ocorrido após os 60 anos, nesses casos segue as orientações do rastreamento padrão (ARTEAGA *et al.*, 2013).

O diagnóstico do câncer colorretal é na maioria dos casos tardios devido a pouca sintomatologia. Os sintomas mais comuns são alterações do hábito intestinal, emagrecimento, hematoquezia, enterorragia, dor e distensão abdominal e também anemia, dependendo basicamente da localização do tumor (NETO *et al.*, 2006). Nos estádios mais avançados pode ocorrer dor no abdômen superior, distensão abdominal, linfadenopatia supraclavicular e nódulos periumbilicais (PATU *et al.*, 2019). Porém, essa realidade tem mudado nos últimos anos, principalmente no caso dos cânceres retais, em que os sintomas ocorrem mais precocemente levando as pessoas a procuram atendimento médico de forma

mais rápida. Muitas vezes a doença é identificada em pacientes assintomáticos submetidos a rastreamento com colonoscopia (BUZAID; MALUF; LIMA, 2016).

O diagnóstico inicial é realizado através do exame proctológico que envolve inspeção, toque, anoscopia, colonoscopia e biópsia das lesões para confirmação histopatológica (TATARYN *et al.*, 2021). Em relação colonoscopia, é considerada o exame padrão ouro para detecção do câncer colorretal, sendo um método invasivo também utilizado como medida terapêutica através da polipectomia (PIRES *et al.*, 2021). Quando visto através da colonoscopia, o câncer de reto é identificado como uma massa endoluminal que se projeta para o lúmen, podendo ser exofítica ou polipóide. Em outros casos, o único achado pode ser um pólipó. Os critérios que sugerem malignidade em um pólipó são: consistência firme, aderência, ulceração e friabilidade. Ao serem identificados, devem ser removidos (MARTEL, 2018).

As metástases do câncer retal ocorrem por via hematogênica e linfática de celômica. Os tumores retais de terço inferior, podem metastatizar para o fígado, por via hematogênica, pela veia hemorroidária superior e sistema porta ou para o pulmão pela veia hemorroidária média e cava inferior. Já os tumores do terço médio e superior, drenados pelo sistema porta, disseminam-se para o fígado e menos comumente para as vertebrae lombares e torácicas, pelos plexos venosos vertebrais de Batson (BRESALIER, 2014).

O estadiamento do câncer retal é pelo TNM, no qual o T representa a extensão direta do tumor, N relaciona-se com os linfonodos e o M com as metástases (SOUZA *et al.*, 2018). Em relação ao exame complementares utiliza-se a tomografia de abdômen superior, inferior (quando não disponível, usa-se a ressonância magnética), tomografia de tórax, ressonância magnética de pelve, ultrassonografia transretal e antígeno carcino-embrionário (CEA). A mensuração do antígeno carcino-embrionário (CEA) não tem valor no diagnóstico, devido baixa sensibilidade e especificidade, sendo uma medida utilizada como marcador prognóstico e marcador de recidiva no seguimento pós tratamento (CORDEIRO *et al.*, 2001). A tomografia computadorizada por emissão de pósitrons (PET-CT) não é usada como rotina no estadiamento, sendo indicada na pesquisa de doença metastática e no planejamento do tratamento cirúrgico de metástases. Além disso, há outros fatores prognósticos: a extensão da doença, presença de metástases linfonodais, invasão angiolinfática e perineural, presença de estabilidade microssatélite, depósito de tumor nos tecidos pericolônicos, grau histológico, cirurgia de urgência tipo patológico, a presença de células tumorais na borda da ressecção e o tipo de técnica cirúrgica (TATARYN *et al.*, 2021).

Em relação ao tratamento oncológico, trata-se de um processo complexo em que a elaboração do plano terapêutico individualizado é ideal. Prioriza-se além de resultados satisfatórios no tratamento, aspectos funcionais como a manutenção ou restauração do sistema digestório e geniturinário a longo prazo (BENSON *et al.*, 2012). Podendo-se citar os tumores de reto distal em que exige maior cuidado com a preservação da continência anal e das funções geniturinárias, as quais estão diretamente relacionadas com a qualidade de vida (MORAES *et al.*, 2015).

Atualmente, a ressecção cirúrgica radical do tumor primário, com excisão total do mesorreto é o melhor tratamento com intenção curativa para o câncer do reto, sendo preferível a via abdominal (BRASIL, 2014). Essa técnica reduz as taxas de recorrência local de 15 a 40% para 6 a 10% (BUZATTI; PETROIANU, 2017). Excetuando-se lesões em estágio T<sub>1</sub>, em que a excisão local é opção em casos selecionados. Nos casos do reto baixo em que a cirurgia radical apresenta risco de comprometer o esfíncter anal ou quando há baixa expectativa de uma anastomose com resultado funcional aceitável pode-se lançar mão da ressecção preservadora do esfíncter, desde que o estágio permita essa possibilidade (EMMERTSEN; CHEN; LAURBERG, 2014).

O tratamento radioquimioterápico neoadjuvante em pacientes com câncer retal localmente avançado resultaram em melhorias significativas no controle local da doença (HORVAT *et al.*, 2019), com diminuição da taxa de recorrência local em 5 anos que era superior a 25% para aproximadamente 5 a 10%, redução do estágio patológico do tumor, down stage, propiciando cirurgias menos radicais (MORAES *et al.*, 2015). Oferece ainda a possibilidade de regressão tumoral parcial ou completa, reduzindo a incidência de colostomia definitiva em pacientes com tumores retais (PINHO; FERREIRA; KLEINUBING, 2006), reduzindo a incidência de colostomia definitiva em pacientes com tumores retais. A taxa de resposta patológica completa é vista em aproximadamente 15 a 27% dos pacientes (AKCE; EI-RAYES, 2019).

O tratamento do câncer de reto distal tornou-se multidisciplinar, baseado em três pilares: cirurgia, quimioterapia e radioterapia (MORAES *et al.*, 2015). No entanto, esses avanços não reduziram significativamente o risco de aproximadamente 30% de recorrência metastática à distância, que continua sendo a principal causa de morte relacionada ao câncer retal (LUDMIR *et al.*, 2017). O câncer de reto distal apresenta alta taxa de recidiva pélvica, variando de 3 a 30%, o que pode ser explicado pela anatomia, a ausência da serosa circundando o reto distal (órgão extraperitoneal) e pela proximidade com estruturas retais e

órgãos pélvicos. Os estágios II e III têm taxas de recorrência mais altas (MORAES *et al.*, 2015). A radioquimioterapia neoadjuvante é indicada nestes estádios. Já o tratamento adjuvante é definido pelos achados do anatomopatológico final da peça cirúrgica, sendo realizado somente com quimioterapia (BUZUID; MALUF; LIMA, 2016).

Discute-se sobre o acompanhamento de pacientes com resposta clínica completa, evitando a morbidade do tratamento cirúrgico e colostomia. Já foi demonstrado que mesmo os pacientes com recorrência local poderiam ser resgatados cirurgicamente, sem diferença significativa na sobrevida global em comparação com os pacientes que receberam radioquimioterapia neoadjuvante seguido de cirurgia radical (MORAES *et al.*, 2015).

O método “Watch and Wait”, que consiste em um manejo não operatório de pacientes que possuem resposta clínica completa ao tratamento neoadjuvante para câncer de reto (ROSSI; FRANCO; JANINA, 2018), é cada vez mais reconhecido como uma opção viável para pacientes selecionados, principalmente aqueles que recusam a cirurgia e cujos tumores estão localizados no terço inferior do reto. Os pacientes que atingem uma resposta clínica quase completa ou completa, definida como ausência de tumor residual clinicamente detectável, podem ser excelentes candidatos para a abordagem do protocolo (CAMPOS *et al.*, 2020).

A vigilância ativa tem ganhado destaque no manejo do câncer retal, bem como a busca pelo tratamento radioquimioterápico mais eficaz para melhorar as taxas de resposta clínica e patológica completa, além de protocolos de acompanhamento e exames de imagem ideais para identificar a persistência e/ou progressão da doença (MORAES *et al.*, 2015). Esse método reduz todos os riscos significativos de morbidade e mortalidade associados à ressecção abdominoperineal e evita que os pacientes sejam submetidos a ressecções desnecessárias de câncer retal (SMITH *et al.*, 2019).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, o presente estudo teve como objetivo comparar as estratégias terapêuticas aplicadas no tratamento do câncer retal médio e baixo durante o período analisado, visando uma avaliação abrangente dos benefícios e potenciais desvantagens dessas abordagens específicas em um hospital especializado. Além disso, ao longo da investigação, conseguimos traçar um perfil clínico-epidemiológico dos pacientes acometidos por câncer de reto na região de Cascavel. Os resultados revelaram um predomínio significativo de pacientes do sexo masculino e de etnia branca, com a faixa etária de 60 a 69 anos

apresentando a maior incidência da doença. O tumor, em sua maioria, foi localizado no reto baixo, sendo o adenocarcinoma o tipo histológico mais prevalente. No que tange à comparação entre o tratamento convencional e o método Watch and Wait, é importante ressaltar que a disparidade no tamanho das amostras entre os grupos limitou a nossa capacidade de estabelecer conclusões definitivas quanto à superioridade ou inferioridade em termos de mortalidade, remissão da doença ou desfecho clínico favorável. Essa limitação, intrínseca à análise dos dados disponíveis, destaca a necessidade de investigações posteriores com amostras mais equilibradas para oferecer dados mais robustos e conclusivos sobre as eficácias relativas das estratégias terapêuticas. Em síntese, este estudo fornece uma valiosa visão geral das características demográficas e clínicas dos pacientes com câncer retal na região, assim como das abordagens terapêuticas adotadas. No entanto, fica claro que a compreensão aprofundada das implicações clínicas dessas estratégias requer análises subsequentes com amostras mais representativas. Portanto, este trabalho serve como um ponto de partida e um apelo à realização de pesquisas adicionais, visando aprimorar o conhecimento e o tratamento dessa complexa patologia.

## REFERÊNCIAS

2320

AKCE, M.; EI-RAYES, B. F. Nonsurgical Management of Rectal Cancer. *Journal Oncology Practice*, v. 15, p. 123-131, 2019.

ARTEAGA, R. et al. Cáncer colon y recto en pediatría: presentación de casos / Colon and rectal cancer in pediatría age: case report. *Revista Venezolana de Oncología*, v. 25, n. 2, p. 104-8, 2013.

ASSIS, R. V. Rastreamento e vigilância do câncer colorretal: guidelines mundiais. *Revista GED*, v. 30, n. 2, p. 62-74, 2011.

BENSON, A. B. et al. Rectal Cancer Clinical Practice Guidelines in Oncology. *National Comprehensive Cancer Network*, v. 10, n. 12, p. 1528-64, 2012.

BERNIER, L. et al. Watch-and-Wait as a Therapeutic Strategy in Rectal Cancer. *Current Colorectal Cancer Reports*, v. 14, p. 37-55, 2018.

BRESALIER, R. S. Câncer Colorretal. In: FEELDMAN, M.; FRIEDMAN, L. S.; BRANDT, L. J. *Tratado Gastrointestinal e Doenças do Fígado*. 9. ed. [S.l.]: Elsevier, v. 2, p. 2233-82. 2014.

BUZAID, A. C.; MALUF, F. C.; LIMA, C. M. *MOC - Manual de Oncologia Clínica do Brasil - Tumores Sólidos*. 14. ed. São Paulo: Dendrix, 2016.

BUZATTI, K. C.; PETROIANU, A. Aspectos fisiopatológicos da síndrome pós-ressecção anterior do reto para o tratamento de câncer retal. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões*, v. 44, n. 4, p. 397-402, 2017.

CAMPOS, F. L. et al. Watch and wait approach in rectal cancer: Current controversies and future directions. *World Journal of Gastroenterology*, v. 26, n. 29, p. 4218-39, 2020.

CAZZAMATTA, M. C. et al. Tratamento endoscópico do câncer retal precoce. *Revista GED*, v. 31, n. 4, p. 127-33, 2012.

CORDEIRO, F. et al. Diagnóstico, Estadiamento e Tratamento Cirúrgico e Multidisciplinar do Câncer Colorretal. *Projeto Diretrizes*, v. 1, p. 1-12, 2001.

EMMERTSEN, K. J.; CHEN, T. Y.-T.; LAURBERG, S. Functional results after treatment for rectal cancer. *Journal of Coloproctology*, v. 34, n. 1, p. 55-61, 2014.

HORVAT, N. et al. MRI of Rectal Cancer: Tumor Staging, Imaging Techniques, and Management. *RadioGraphics*, v. 39, p. 367-87, 2019.

INCA. Abordagens Básicas para o Controle do Câncer. *ABC do Câncer*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 11-81, 2018.

KELLOFF, G. J. et al. Colorectal adenomas: a prototype for the use of surrogate ends in the. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, v. 10, n. 11, p. 3908-18, 2004.

KLIGERMAN, Jacob. Registro hospitalar de câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 47, n. 4, p. 357-359, 2001.

LEVIN, B. et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *A Cancer Journal for Clinicians*, v. 58, n. 3, p. 130-60, 2008.

LUDMIR, E. B. et al. Total Neoadjuvant Therapy for Rectal Cancer: An Emerging Option. *American Cancer Society Journals*, v. 123, n. 9, p. 1497-506, 2017.

MARTEL, D. B. et al. Tumores de reto: diagnóstico e tratamento. *ACTA MEDICA*, v. 39, n. 2, p. 467-76, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia. Ministério da Saúde, Brasília, v. 1, p. 151-62, 2014.

MORAES, E. D. et al. Preservação do reto após radioterapia e quimioterapia em câncer de reto: uma prática factível? *Revista de Saúde Hospital Santa Izabel*, v. 2, n. 3, p. 21-29, 2015.

NETO, J. D. et al. Câncer Colorretal: Características Clínicas e Anatomopatológicas em Pacientes com Idade Inferior a 40 Anos. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, v. 26, n. 4, p. 430-5, 2006.

OPAS. Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>>. Acesso em: 21 fev 2022.

PATU, A. C. et al. Câncer de Reto. Protocolo de tratamento dos tumores gastrointestinais, Recife, v. 1, n. 1, p. 69-80, 2019.

PINHO, M. S.; FERREIRA, L. C.; KLEINUBING JR, H. Tratamento Cirúrgico do Câncer Colorretal: Resultados a Longo Prazo e Análise da Qualidade. Revista Brasileira de Coloproctologia, v. 26, n. 4, p. 422-9, 2006.

PIRES, M. E. et al. Rastreamento do Câncer Colorretal: Revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 2, p. 6866-81, 2021.

PIVA, A. et al. Biochemical imaging of normal, adenoma, and colorectal adenocarcinoma tissues by Fourier transform infrared spectroscopy (FTIR) and morphological correlation by histopathological analysis: preliminary results. Research on Biomedical Engineering, v. 31, n. 1, p. 10-8, 2015.

ROSSI, C. B.; FRANCO, P. L.; JANINA, A. Manejo no operatorio del cáncer de recto con respuesta clínica completa luego de quimiorradioterapia neoadyuvante: experiencia en 8 casos. Revista Argentina de Coloproctología, v. 29, n. 1, p. 1-6, 2018.

SANTOS JR, J. C. Câncer Ano-Reto-Cólico: Aspectos Atuais IV – Câncer de Cólon – Fatores Clínicos, Epidemiológicos e Preventivos. Revista Brasileira de Coloproctologia, v. 28, n. 3, p. 378-85, 2008.

SANTOS, C. Câncer Ano-Reto-Cólico: Aspectos Atuais II – Câncer Colorretal – Fatores de Riscos e Prevenção. Revista Brasileira de Coloproctologia, v. 27, n. 4, p. 459-73, 2007.

SMITH, J. J. et al. Assessment of a Watch-and-Wait Strategy for Rectal Cancer in Patients With a Complete Response After Neoadjuvant Therapy. JAMA Oncology, v. 5, n. 4, p. e185896, 2019.

SOUZA, G. D. et al. Métodos de imagen no estadiamento pré e pós operatórios do câncer colorretal. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, v. 31, n. 2, p. e1371, 2018.

SOUZA, José Roberto Wance de et al. Implantação de solução informatizada para a obtenção de informações emonitoramento em tempo real dos custos e resultados da atenção ao paciente oncológico. Tese de Doutorado. 2009.

TATARYN, B. et al. SURVIVAL OF PATIENTS WITH RECTAL CANCER. Wiadomości Lekarskie, v. 74, n. 9, p. 2044-51, 2021.

WANG, P. P.; DENG, C. L.; WU, B. Magnetic resonance imaging-based artificial intelligence model in rectal cancer. World Journal of Gastroenterology, v. 27, n. 18, p. 2122-30, 2021.