

## CORRELAÇÃO RADIOLÓGICA-PATOLÓGICA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON DIREITO COM ACENTUADA QUANTIDADE DE MUCINA E INVASÃO DE PAREDE TÓRACOABDOMINAL: RELATO DE CASO.

### DADOS DO CASO

**Autores:** João Vitor Machado - Universidade Federal de Pernambuco - Recife – (PE)– Brasil E-mail:jvcm1310@gmail.com 1]

Andrea Farias de Melo - Universidade Federal de Pernambuco - Recife – (PE) – Brasil - Centro Diagnóstico Lucilo Ávila Jr – Recife – (PE) – Brasil - Rede D'Or - Recife – (PE) – Brasil;

Giovana Oliveira - Universidade Federal de Pernambuco - Recife – (PE)– Brasil;

Livia Ribeiro Gondim - Rede D'Or - Recife – (PE) – Brasil;

**Autora Correspondente:** João Vitor Machado - Universidade Federal de Pernambuco - Recife – (PE)– Brasil E-mail:jvcm1310@gmail.com

**Palavras-chave:** Adenocarcinoma, Neoplasias colorretais, Ressonância magnética e Tomografia Computadorizada.

**URL:** -

**DOI:** 10.5935/2965-1980.2024v3e20240045

### HISTÓRICO CLÍNICO

Masculino, 71 anos, com desconforto em hipocôndrio direito e aumento de antígeno carcinoembrionário. Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (RM) evidenciaram massa expansiva na goteira parietocólica direita e sinais de invasão da parede torácica lateral e parênquima hepático. O diagnóstico histopatológico foi adenocarcinoma mucinoso com confirmação macroscópica de invasão toracoabdominal e hepática.

### ACHADOS RADIOLÓGICOS:

A suspeita de invasão hepática foi pela TC trifásica (Figura 1 e Figura 2 A-D), a qual destacou lesão hipodensa e hiporrealçante com leve realce nas fases de equilíbrio e tardia. A lesão no ângulo hepático do cólon, estende-se à parede toracoabdominal direita e superiormente ao parênquima hepático, em seu limite superior. Na RM (Figura 3-C), foi visto uma formação heterogênea colônica, hiperintensa nas ponderações em T2 (inferindo mucina) com extensão ao segmento VI do fígado e parede toracoabdominal direita, sobretudo espaço intercostal circunjacente. No mapa do coeficiente de difusão aparente (ADC) (Figura 4) houve a

confirmação da restrição à difusão com hipossinal, achado relacionado a presença de mucina. Peça cirúrgica volumosa contendo cólon, anexos, musculatura e tecido hepático, irregular com áreas de necrose e ulceração (Figura 3A-C). A histopatologia da lesão corada com hematoxilina-eosina destacou presença de adenocarcinoma surgindo de adenoma túbulo-viloso com displasia de alto grau (Figura 5).

### DISCUSSÃO:

O câncer colorretal é um dos cânceres mais incidentes na atualidade [1]. No Brasil, é o quarto mais incidente, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) [2, 3]. O quadro clínico pode ser desafiador, no início, por se apresentar de forma assintomático ou com sintomas inespecíficos como alteração de hábito intestinal, desconforto abdominal, perda de peso e anemia por deficiência de ferro [4, 5]. Nos casos mais avançados, sangue nas fezes e sintomas de obstrução intestinal podem ser flagrados. Alguns diagnósticos diferenciais são diverticulite, doença de Crohn e síndrome do intestino irritável. Desse modo, a produção de relatos de caso como esse são importantes para registro das formas

de apresentação dos pacientes, da sequência de exames solicitados até o diagnóstico e conduta terapêutica. O processo diagnóstico desse paciente teve início com a apresentação clínica e dosagem de marcador tumoral (CEA). Foi realizada, TC do abdome total, cujas informações obtidas foram complementadas pela RM, pela excelente resolução tecidual. Após o estadiamento locorregional da lesão, foi programada a cirurgia para a ressecção da lesão e circunjacências, a qual foi enviada para análise histopatológica. Apesar de o diagnóstico ter sido confirmado mediante análise histopatológica, é importante comentar que os exames de imagem realizados, tanto a TC quanto a RM do abdome, permitiram sugerir o diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso e, principalmente, realizar de forma precisa, o estadiamento locorregional da lesão para evitar surpresas indesejadas no momento intraoperatório. A TC é o exame preferível no estadiamento locorregional inicial do câncer de cólon, com sensibilidade 83,1% e especificidade 54,6% para a detecção de extensão extramural [6, 7]. Já a RM é a modalidade de escolha no câncer de reto, possuindo sensibilidade 89,2% e especificidade 81,8% para detecção de extensão extramural [6, 7, 8]. O adenocarcinoma mucinoso é um subtipo clinicopatológico volumoso, mais comum no cólon proximal, com estágio T mais alto, maior proporção de linfonodos positivos, pior diferenciação tumoral e mais implantes peritoneais, o que justifica seu pior prognóstico quando comparado à variante não mucinosa [9, 10]. Epidemiologicamente, o subtipo mucinoso varia de 3,9% na Ásia a 1013,5% na Europa e América do Norte. A RM permite diferenciar mucinoso de não mucinoso com precisão de 96%-

97%, sensibilidade de 94%-100% e especificidade de 95%-98%. A sobrevida em 5 anos no câncer de cólon estágio III, é 67,9% no subtipo mucinoso, e 72,7% no não mucinoso. A infiltração toracoabdominal (10-20%), aumenta o desafio cirúrgico, exigindo uma ressecção em bloco, o que piora o prognóstico [10].

### DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS:

O principal diagnóstico diferencial por imagem do câncer colorretal é a diverticulite. Além desse, doenças inflamatórias intestinais como a doença de Crohn, retocolite ulcerativa podem apresentar um quadro clínico similar. Em relação ao diagnóstico diferencial por imagem, no nosso caso, inicialmente, foi pensado na possibilidade de abscesso, porém considerando o realce sutil e tardio intralesional, essa possibilidade foi logo descartada.

### O QUE APRENDI COM ESTE CASO:

Durante a faculdade de medicina, o estudo da radiologia em paralelo às outras áreas, ocorre frequentemente pela abordagem das patologias mais frequentes, e como elas comumente aparecem nos exames de imagem, passando relativamente rápido por formas atípicas de apresentação, e ainda mais breve pela correlação, como nesse caso, da radiologia, coloproctologia e patologia. Foi de grande valor poder perceber, na prática, uma sequência lógica de avaliação clínica, exames complementares, abordagem radiológica, cirúrgica e por fim, patológica. Além disso, ter em mente que esse trabalho em conjunto, mesmo com o paciente oligossintomático, possibilitou a abordagem cirúrgica precisa e acurada, melhorando a qualidade de vida do paciente.

### REFERÊNCIAS

1. SUNG, Hyuna et al. Estatísticas globais de câncer 2020: estimativas do GLOBOCAN de incidência e mortalidade em todo o mundo para 36 tipos de câncer em 185 países. CA: um periódico sobre câncer para clínicos, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021.
2. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Região Nordeste - estimativa dos casos novos. 8 set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/ptbr/assuntos/cancer/numeros/estimativa/regiao/nordeste>. Acesso em: 1 jul. 2024
3. Li H, Chen L, Zeng H, Liao Q, Ji J, Ma X. Integrative Analysis of Histopathological Images and Genomic Data in Colon Adenocarcinoma. *Front Oncol*. 2021 Sep 27;11:636451. doi: 10.3389/fonc.2021.636451. PMID: 34646756; PMCID: PMC8504715.
4. Flores-Altamirano M, Montiel-Jarquín ÁJ, López-Colombo A, López-Bernal CA, García-Galicia A, Garza-Sánchez J. Características clínicas e histopatológicas de los tumores malignos de colon por localización [Clinical and histopathological characteristics of malignant colon tumors by location]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2023 Sep 4;61(5):610-616. Spanish. doi: 10.5281/zenodo.8316446. PMID: 37769029; PMCID: PMC10599786.
5. LABIANCA, Roberto et al. Colon cancer. *Critical reviews in oncology/hematology*, v. 74, n. 2, p. 106133, 2010.
6. Chang, KJ, Kim, DH, Lalani, TK et al. Estadiamento radiológico T do câncer de cólon: interesse renovado para a prática clínica. <https://doi.org/10.1007/s00261-023-03904-2> *Abdom Radiol* 48, 2874–2887 (2023).
7. LIU, Li-Heng et al. Performance comparison between MRI and CT for local staging of sigmoid and descending colon cancer. *European Journal of Radiology*, v. 121, p. 108741, 2019
8. Maria Clara Fernandes, Marc J. Gollub, Gina Brown, The importance of MRI for rectal cancer evaluation, *Surgical Oncology*, Volume 43, 2022, 101739, ISSN 0960-7404, <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2022.101739>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960740422000329>)
9. Huang A, Yang Y, Shi JY, Li YK, Xu JX, Cheng Y, Gu J. Mucinous adenocarcinoma: A unique clinicopathological subtype in colorectal cancer. *World J Gastrointest Surg*. 2021 Dec 27;13(12):15671583. doi: 10.4240/wjgs.v13.i12.1567. PMID: 35070064; PMCID: PMC8727185.
10. Yu, Feng et al. "Prognostic implications of mucinous histology in stage III colon cancer with the receipt of adjuvant chemotherapy." *Journal of gastrointestinal oncology* vol.11,5 (2020): 858-869. doi:10.21037/jgo-20-160.

IMAGENS

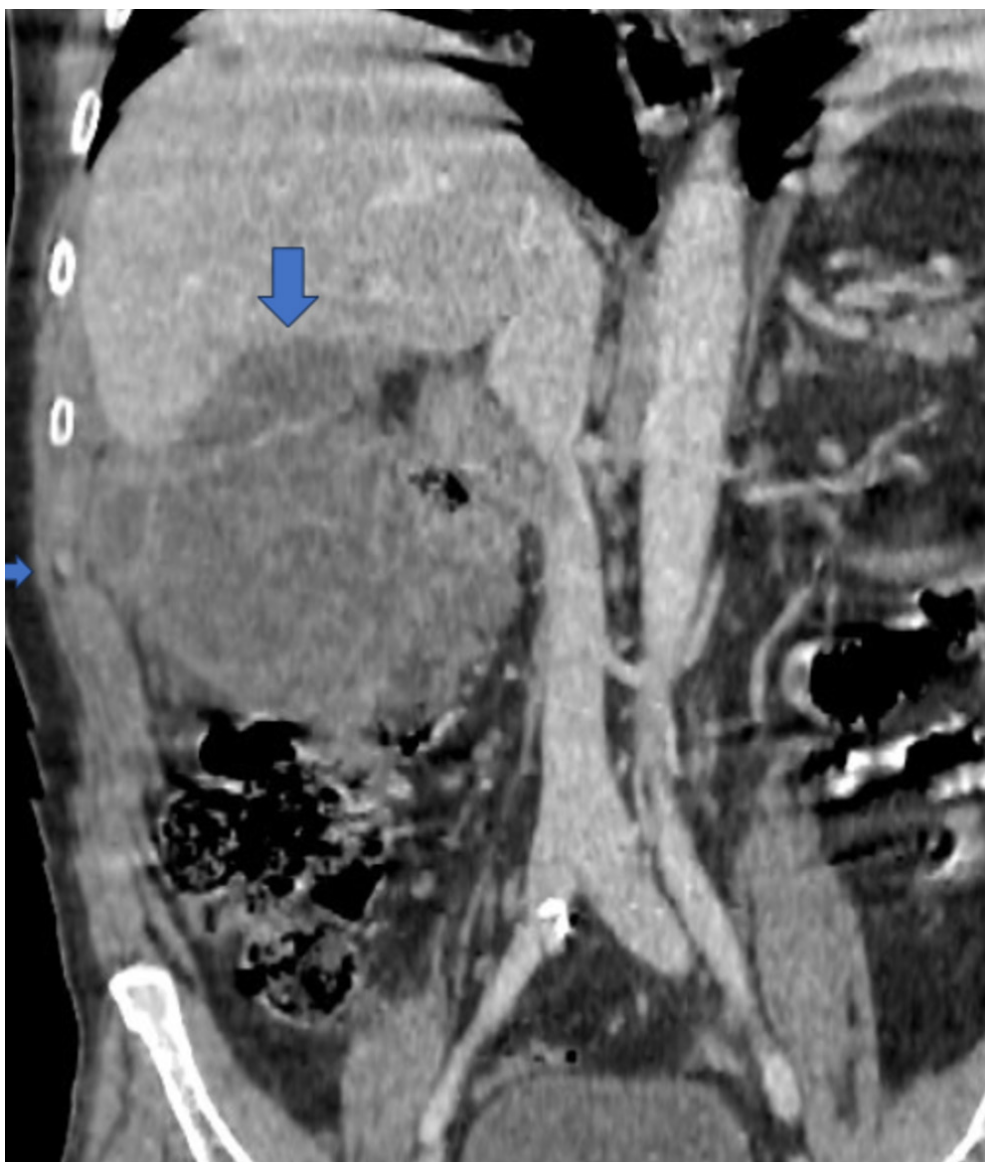


Figura 1: Tomografia Computadorizada com contraste na fase portal, reformatação coronal: Lesão no ângulo hepático, hipodensa, insinuando-se para parede toracoabdominal (seta menor) e para o fígado superiormente (seta maior).

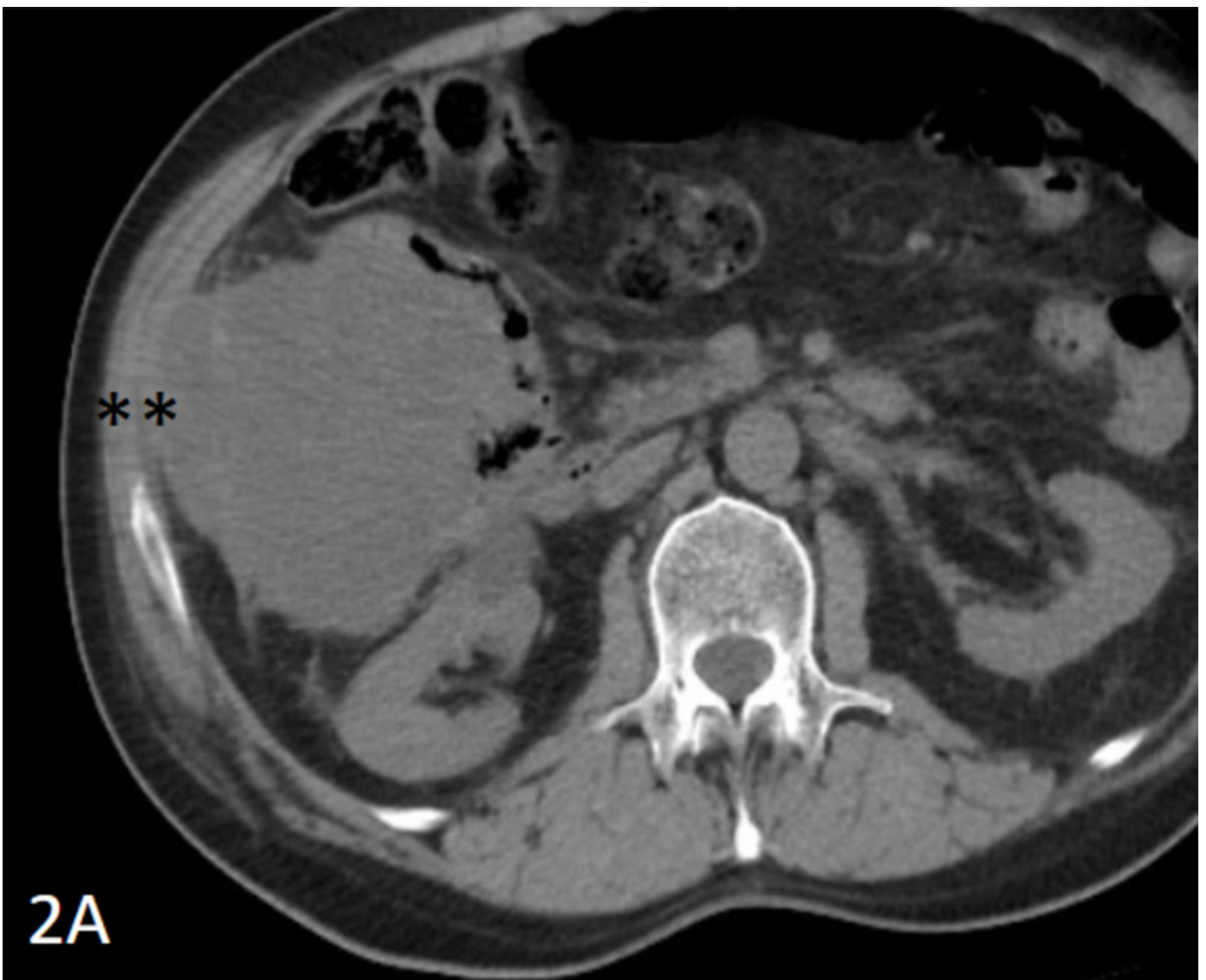


Figura 2 A: TC sem contraste. Nos asteriscos pretos, insinuação da lesão para a parede toracoabdominal.

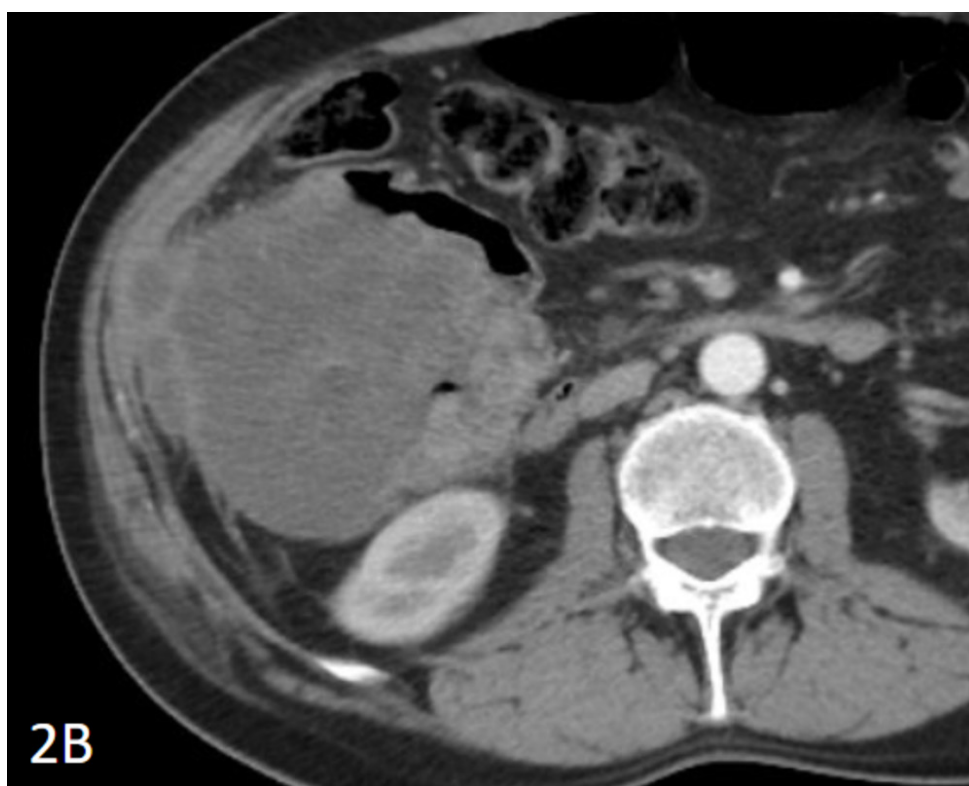


Figura 2 B: Fases arterial, portal e equilíbrio - lesão hipodensa e hipocontrastante com leve realce pelo contraste iodado nas fases tardias.



Figura 2 C: Fases arterial, portal e equilíbrio - lesão hipodensa e hipocontrastante com leve realce pelo contraste iodado nas fases tardias.

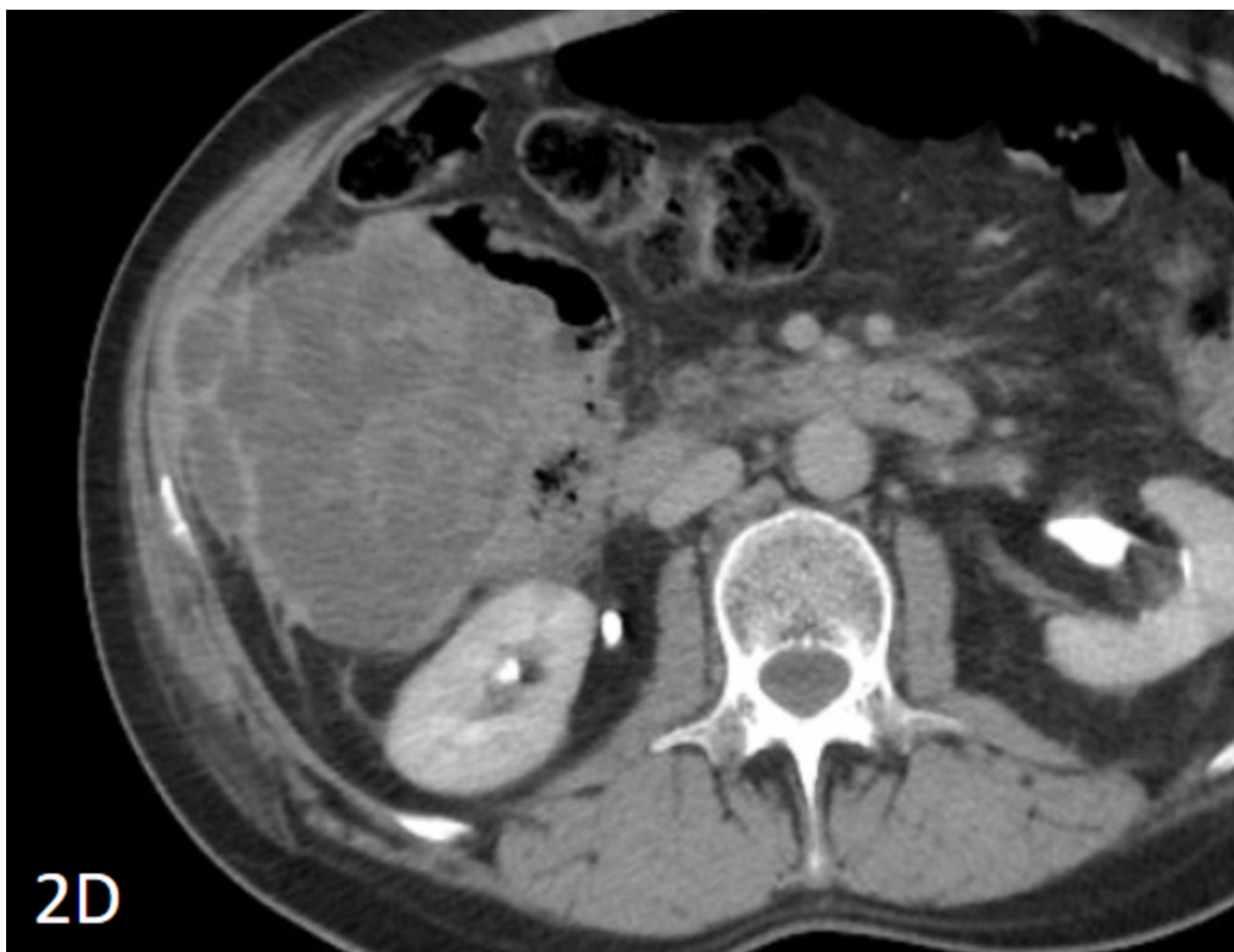


Figura 2 D: Fases arterial, portal e equilíbrio - lesão hipodensa e hipocontrastante com leve realce pelo contraste iodado nas fases tardias.

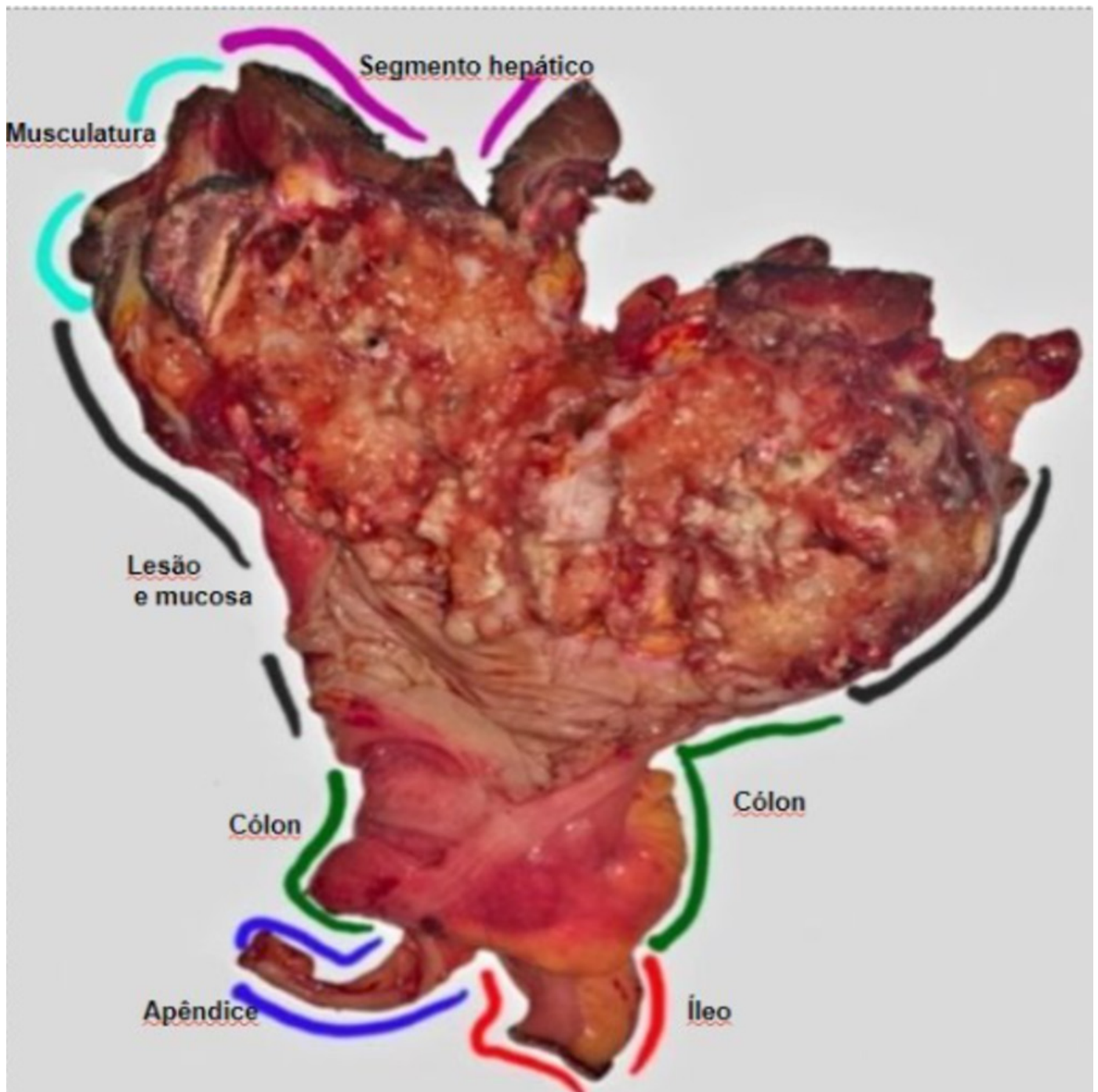


Figura 3A: Peça cirúrgica demonstrando as porções ressecadas do cólon, segmento hepático, musculatura, apêndice e íleo.

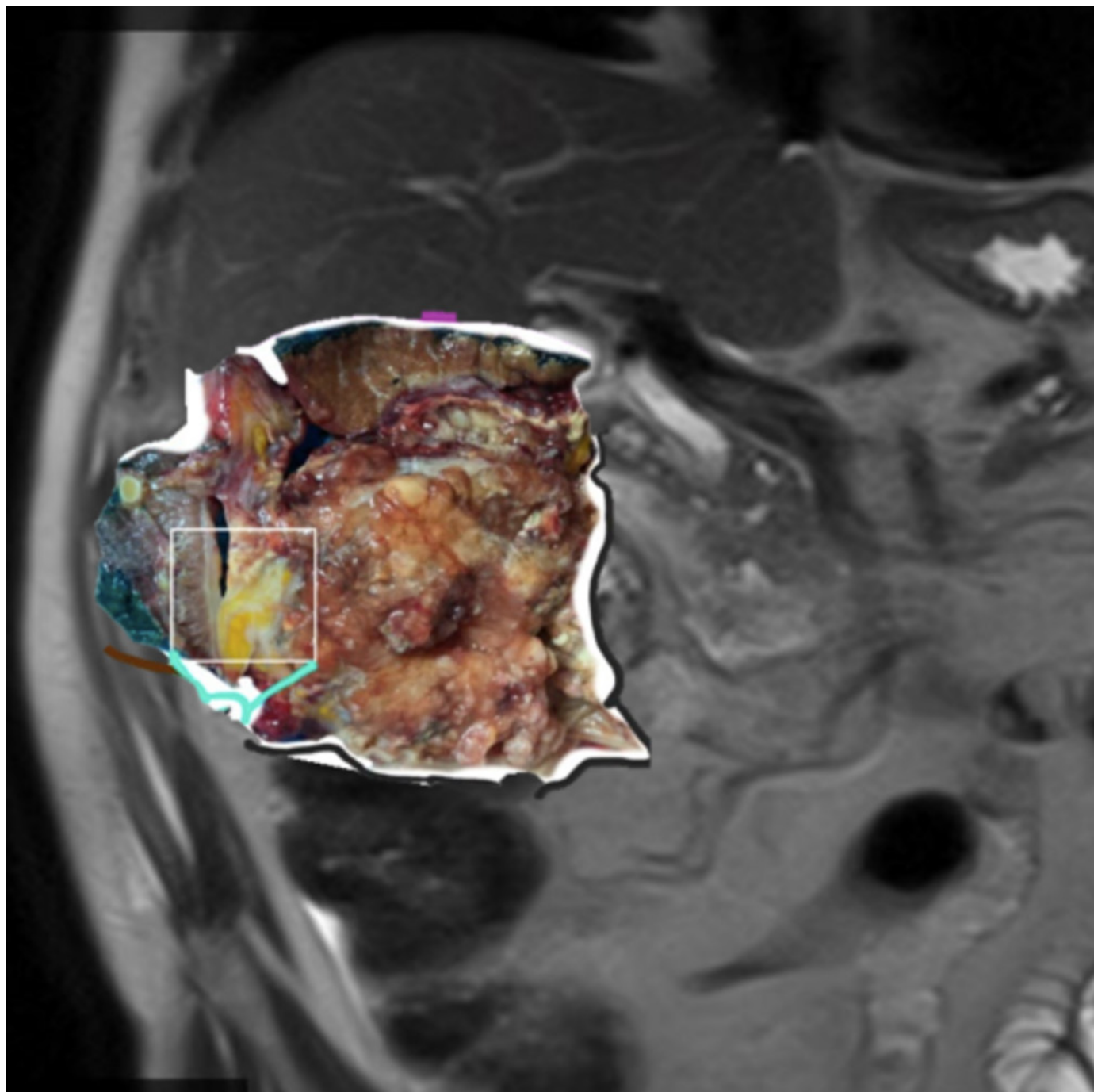


Figura 3B: Imagens de Ressonância Magnética, plano coronal em T2 demonstra a Correlação Radiológica-Patológica e Peça Cirúrgica com "fusão" no local da lesão no ângulo hepático.

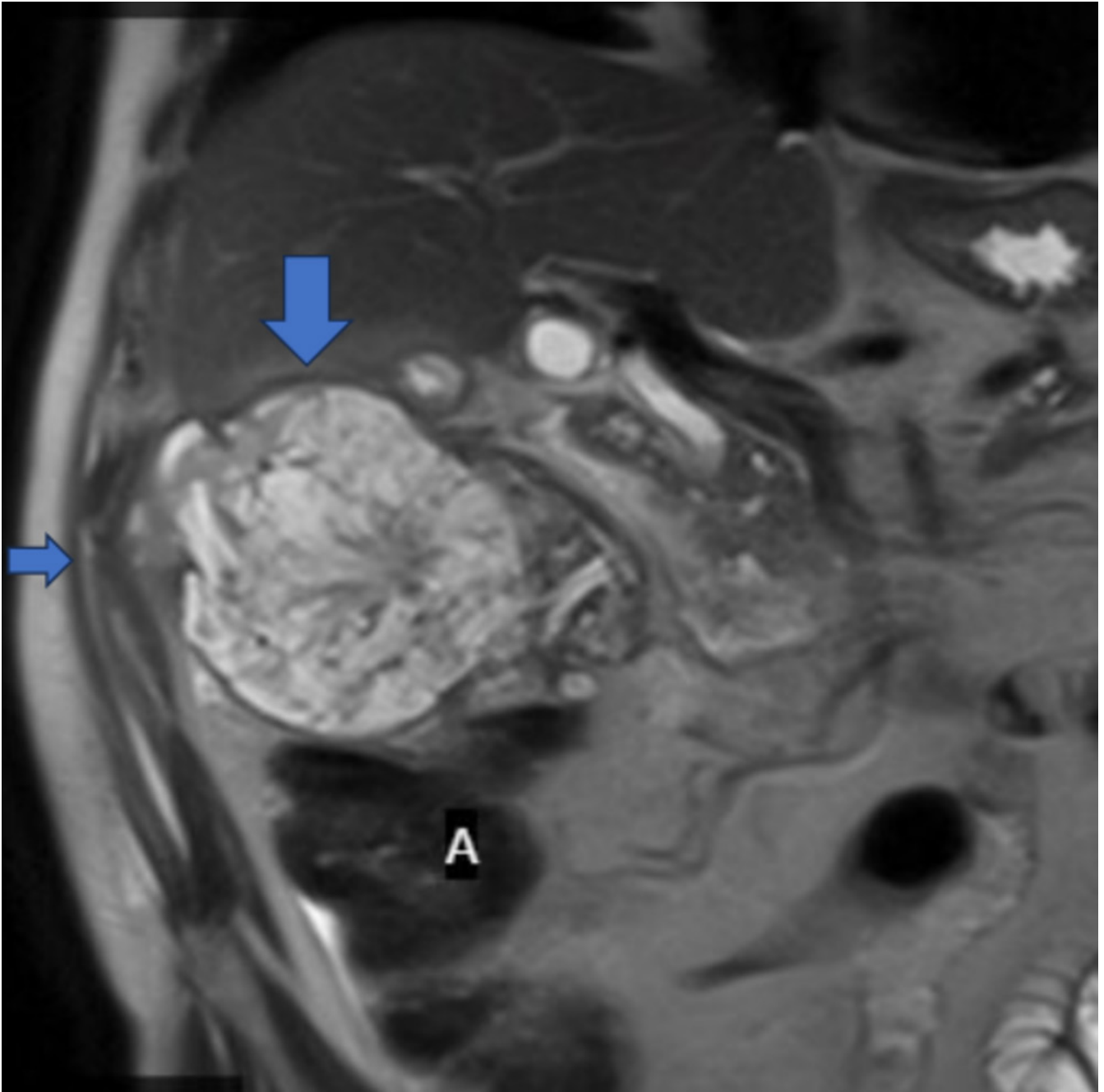


Figura 3 C: Ressonância magnética no plano coronal e ponderação T2: insinuação para a parede toracoabdominal (seta menor); lesão expansiva projetando-se superiormente no fígado (seta maior); cólon ascendente (letra A).

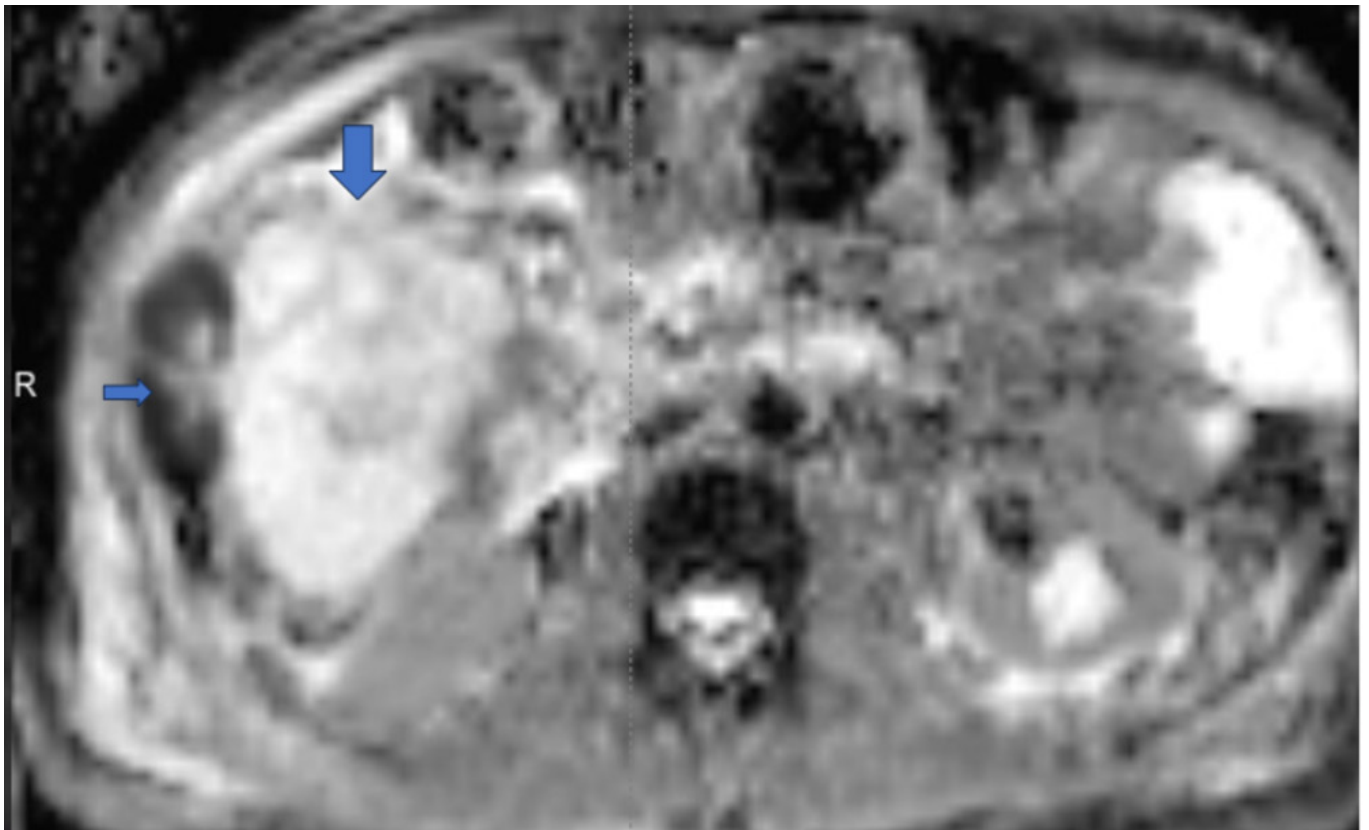


Figura 4: Mapa do coeficiente de difusão aparente (ADC). Na seta menor ( $ADC = 0,8 \times 10^{-3}$ ), é demonstrado a restrição à difusão com hipossinal no mapa de ADC. Na seta maior ( $ADC = 2,0 \times 10^{-3}$ ), observa-se hiper celularidade não confirmada pelo mapa de ADC, já que mucina é acelular, e não apresenta restrição.

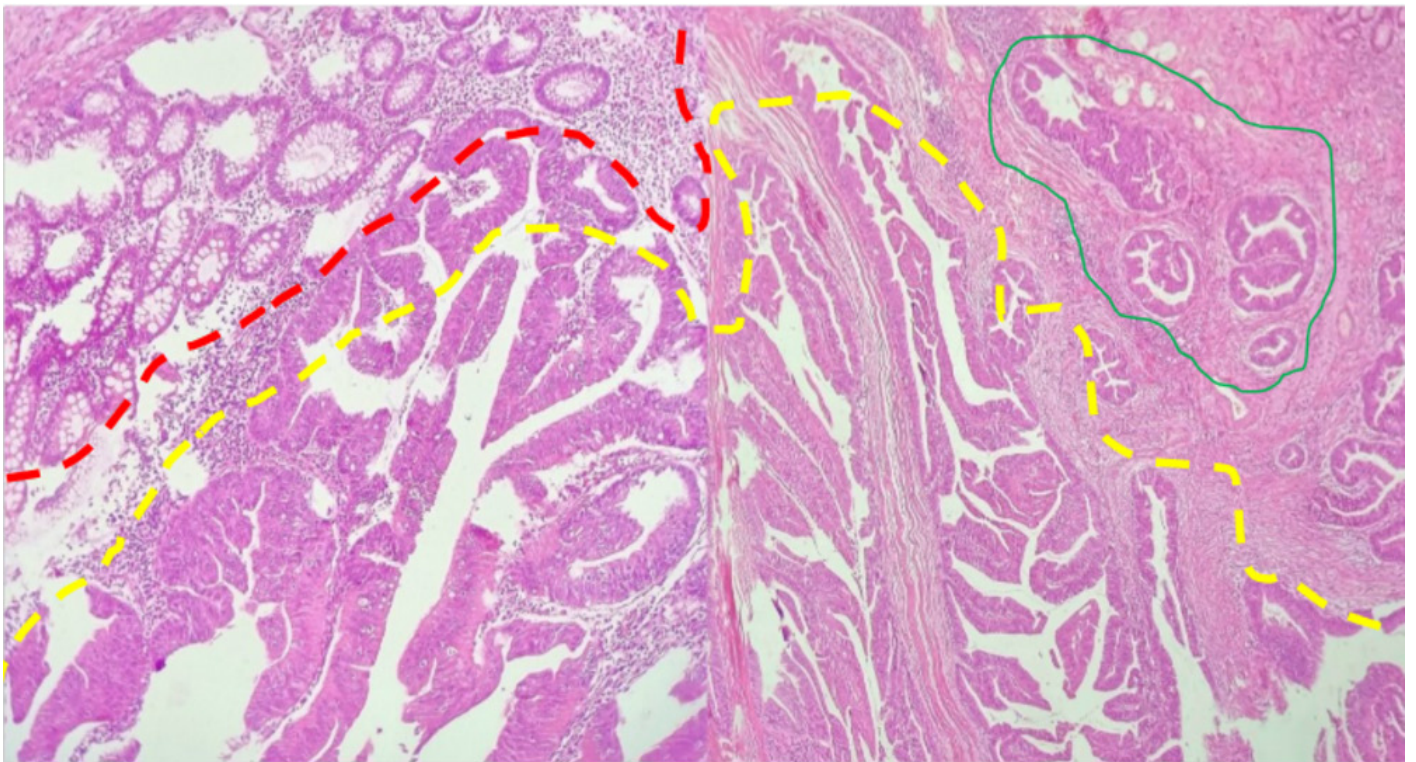


Figura 5: Coloração hematoxilina-eosina, aumento de 40x: Progressão de mucosa normal (traçado vermelho) para Adenocarcinoma (com glândulas infiltrando camada muscular da mucosa - traçado verde) surgindo de adenoma túbulo-viloso com displasia de alto grau (traçado amarelo).