

# Câncer Colorretal em Pacientes Jovens

## *Colorectal Carcinoma in Young Patients*

### El Câncer Colorrectal en Pacientes Jóvenes

Ana Graziela Soares Rêgo<sup>1</sup>; Isabel Cristina Vieira Borges<sup>1</sup>; Rodrigo José de Vasconcelos Valença<sup>2</sup>; João Batista Mendes Teles<sup>3</sup>;  
Lucielma Salmito Soares Pinto<sup>4</sup>

#### Resumo

**Introdução:** O câncer colorretal costuma ser pouco frequente em indivíduos abaixo dos 50 anos, persistindo ainda controvérsias quanto ao seu comportamento e prognóstico. **Objetivo:** Avaliar as características epidemiológicas, clínicas, histopatológicas e terapêuticas de pacientes com câncer colorretal, comparando os grupos de faixa etária até 50 anos e idade superior a 50 anos. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, em que foram analisados prontuários de 505 pacientes com câncer colorretal, atendidos de janeiro de 1998 a dezembro de 2008. Parâmetros clínicos e histopatológicos foram coletados. **Resultados:** Os indivíduos com idade até 50 anos corresponderam a 26,53% da amostra e não houve predileção por gênero. Alteração no hábito intestinal como queixa inicial e anemia ao exame físico foram significativamente mais comuns no grupo mais jovem. Os pacientes até 50 anos exibiram também estadiamento linfonodal mais avançado, maior ocorrência de carcinoma espinocelular ou neuroendócrino e pior diferenciação histopatológica, bem como maior recorrência local, apesar de maior índice de tratamento cirúrgico e quimioterápico. **Conclusão:** O câncer colorretal em pacientes com idade até 50 anos mostrou-se mais agressivo e indiferenciado. As queixas, mesmo dos pacientes jovens, devem ser prontamente investigadas, a fim de possibilitar o diagnóstico precoce e maior chance de cura ao paciente com câncer colorretal.

**Palavras-chave:** Neoplasias Colorretais/epidemiologia; Epidemiologia Descritiva; Estadiamento de Neoplasias; Adulto; Meia-Idade; Estudo Comparativo

---

<sup>1</sup>Biomédica. Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí – NOVAFAPI. Teresina (PI), Brasil.

<sup>2</sup>Médico Especialista em Cancerologia Clínica. Hospital São Marcos. Teresina (PI), Brasil.

<sup>3</sup>Professor do Departamento de Estatística. Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí – NOVAFAPI. Teresina (PI), Brasil.

<sup>4</sup>Professora Adjunta do Departamento de Patologia. Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí – NOVAFAPI. Teresina (PI), Brasil.  
*Endereço para correspondência:* Faculdade NOVAFAPI. Coordenação de Biomedicina. Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6.123 - Bairro Uruguai. Teresina (PI), Brasil. CEP: 64073-505. E-mail: lucielma@yahoo.com.br.

## INTRODUÇÃO

O carcinoma colorretal é a terceira neoplasia maligna mais frequente em homens e a segunda mais frequente em mulheres no mundo. No Brasil, esse é terceiro tipo mais comum de câncer, sendo previstos cerca de 30 mil novos casos para o ano de 2012. Apesar dos avanços em diagnóstico e tratamento, a mortalidade causada por esses tumores continua alta e mantém-se praticamente no mesmo nível nos últimos 40 anos, de tal forma que sua sobrevida média global em cinco anos tem sido descrita como em torno de 55% nos países desenvolvidos e de 40% para países em desenvolvimento<sup>1</sup>. Fatores étnicos, dieta, idade, depressão, uso de álcool e tabaco, micro-organismos, e condições como retocolite ulcerativa, doença de Crohn e polipose familiar são relatados como importantes na etiopatogenia do câncer colorretal<sup>2</sup>.

Com relação à sua epidemiologia, descreve-se uma discreta predileção por indivíduos do gênero masculino e com idade superior a 60 anos, com apenas 20% dos casos em idade inferior a 50 anos. Embora ainda haja controvérsia entre os autores, relata-se que os tumores diagnosticados em pacientes mais jovens têm mostrado indicadores de maior agressividade e indiferenciação, o que justificaria a alta taxa de doença avançada ao diagnóstico, menor possibilidade de cura e pior prognóstico nesses pacientes<sup>3-7</sup>. Com relação à sobrevida, entretanto, alguns autores apontam que os pacientes mais jovens não apresentariam situação menos favorável que os demais<sup>8</sup>.

Tendo em vista as remanescentes lacunas existentes na literatura com relação ao comportamento do câncer colorretal em indivíduos mais jovens, o presente estudo teve por objetivo avaliar as características epidemiológicas, clínicas, histopatológicas e terapêuticas de pacientes com câncer colorretal, comparando os grupos de faixa etária até 50 anos e idade superior a 50 anos.

## MÉTODO

Realizou-se uma pesquisa do tipo descritiva, observacional longitudinal e retrospectiva, a partir da análise de prontuários de 505 pacientes com câncer colorretal, atendidos de janeiro de 1998 a dezembro de 2008, no Hospital São Marcos, em Teresina (PI), Brasil. Essa instituição é um centro oncológico de referência para parte das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Foram incluídos, no estudo, pacientes, com laudo histopatológico confirmatório de câncer colorretal, sendo que a lesão deveria estar localizada no reto, considerando-se a distância de até 16 cm da margem anal. Variáveis como gênero, idade, queixas, características clínicas, histopatológicas, formas de tratamento utilizado e recidivas foram coletadas.

Os dados foram processados no pacote estatístico IBM SPSS 16.0 (Armonk, NY, USA) e realizou-se o teste estatístico exato de Fisher. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo de número 0172.0.043.000-09.

## RESULTADOS

Observou-se maior número de pacientes com idade entre 61 e 70 anos (28,12%), seguido pelas faixas etárias: superior a 71 anos (23,76%) e entre 51 e 60 anos (21,58%). Agrupando-se os pacientes mais jovens, 134 (26,53%) apresentaram idade até 50 anos. A idade média dos pacientes foi de 59,18 anos, com desvio-padrão de 14,54 anos. Um total de 253 pacientes (50,1%) pertencia ao gênero masculino e 252 (49,9%), ao gênero feminino (Tabela 1).

Considerando-se os pacientes de acordo com a sua idade, até 50 anos ou idade superior a 50 anos, não houve diferença com relação ao gênero, presença de lesão ao toque retal ou laudo histopatológico de biópsias entre os grupos. As queixas principais mais comumente relatadas pelos pacientes de ambos os grupos etários foram sangramento (78,27%), alteração de hábito intestinal (44,85%), dor (41,78%) e tenesmo (39%), entretanto, notou-se que a alteração de hábito intestinal foi estatisticamente maior entre pacientes com idade até 50 anos ( $p < 0,001$ ). As alterações relativas ao exame físico mais comuns foram perda de peso (97,17%) e anemia (5,66%), sendo esta mais importante no grupo mais jovem ( $p < 0,001$ ). O tratamento mais utilizado foi a radioterapia, em 70,04% dos pacientes, entretanto, observou-se maior número de procedimentos cirúrgicos e quimioterapia entre os pacientes mais jovens ( $p < 0,001$ ) (Tabela 2).

Os estadiamentos T3, N0 e M0 predominaram em ambos os grupos e o estadiamento clínico geral da maioria dos pacientes foi o estágio II. Comparando-se os grupos etários, houve diferença estatisticamente significativa com relação ao estadiamento clínico N, devido à tendência observada de pior estágio, N2, entre os pacientes mais jovens ( $p = 0,036$ ). Setenta e três pacientes tiveram metástase a distância, alguns com acometimento de mais de um órgão, o fígado e o pulmão foram os locais mais afetados, com 54 e 16 casos, respectivamente, seguidos pelos ossos, 4 casos, e cérebro, com 3 casos. Considerando-se as metástases hepáticas e pulmonares, houve diferença estatística significativa, apontando para uma maior ocorrência de metástases hepáticas no grupo mais jovem ( $p = 0,008$ ) (Tabela 3).

O tipo histopatológico mais comum em ambos os grupos foi o adenocarcinoma, entretanto, notou-se maior prevalência dos tipos carcinoma espinocelular

e neuroendócrino em pacientes na faixa etária de até 50 anos ( $p=0,031$ ). Da mesma forma, foi significativa o menor grau de diferenciação tumoral neste grupo ( $p=0,002$ ). Invasão linfática, margens cirúrgicas livres e estádios C e B, segundo a classificação de Dukes/Astler-Coller, predominaram em ambos os grupos, sem diferença

estatisticamente significativa. A recidiva por metástase a distância foi notada em 61,19% dos casos acompanhados, seguida pela metástase regional com 25,37% e pela recidiva local em 20,90% dos casos, sendo que uma maior apresentação de recidiva local foi vista em pacientes até 50 anos ( $p<0,001$ ) (Tabela 4).

**Tabela 1.** Distribuição dos pacientes com câncer colorretal de acordo com as faixas etárias e gênero

Faixa etária	Gênero					
	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
≤ 30	10	3,95	6	2,38	16	3,17
31 – 40	21	8,30	23	9,13	44	8,71
41 – 50	35	13,83	39	15,48	74	14,65
51 – 60	54	21,34	55	21,83	109	21,58
61 – 70	65	25,69	77	30,56	142	28,12
≥ 71	68	26,88	52	20,63	120	23,76
Total	253	100,00	252	100,00	505	100,00

**Tabela 2.** Distribuição dos pacientes com câncer colorretal, de acordo com as faixas etárias, quanto ao gênero, queixa principal, exame físico, toque retal, laudo de biópsia e tratamento realizado

Distribuição dos pacientes por		Faixa etária						*p
		≤ 50		> 50		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Gênero	Masculino	66	49,25	187	50,40	253	50,10	0,449
	Feminino	68	50,75	184	49,60	252	49,90	
	Total	134	100,00	371	100,00	505	100,00	
Queixa principal <sup>(a)</sup>	Alteração hábito intestinal	47	50,54	114	42,86	161	44,85	0,001
	Dor	38	40,86	112	42,11	150	41,78	
	Sangramento	72	77,42	209	78,57	281	78,27	
	Tenesmo	30	32,26	110	41,35	140	39,00	
	Muco	13	13,98	61	22,93	74	20,61	
	Total	93	100,00	266	100,00	359	100,00	
Exame físico <sup>(a)</sup>	Anemia	2	8,33	4	4,88	6	5,66	0,001
	Perda de peso	23	95,83	80	97,56	103	97,17	
	Total	24	100,00	82	100,00	106	100,00	
Toque retal	Normal	1	1,72	9	4,29	10	3,73	0,323
	Lesão	57	98,28	201	95,71	258	96,27	
	Total	58	100,00	210	100,00	268	100,00	
Biópsia	Adenocarcinoma	115	96,64	333	97,65	448	97,39	0,087
	CEC	2	1,68	8	2,35	10	2,17	
	Ca neuroendócrino	2	1,68	0	0,00	2	0,43	
	Total	119	100,00	341	100,00	460	100,00	
Tratamento realizado <sup>(a)</sup>	Cirurgia	80	61,54	194	54,80	274	56,61	0,001
	RXT	89	68,46	250	70,62	339	70,04	
	QT	89	68,46	187	52,82	276	57,02	
	Total	130	100,00	354	100,00	484	100,00	

Legendas: (a) Soma mais de 100%, um paciente pode apresentar mais de uma característica. CEC= Carcinoma espinocelular; Ca= Carcinoma; RXT= Radioterapia; QT=Quimioterapia.

\* Teste exato de Fisher

**Tabela 3.** Distribuição dos pacientes com câncer colorretal, de acordo com as faixas etárias, estadiamento clínico e presença de metástase a distância

Estadiamento clínico/metástase		Faixa etária						*p
		≤ 50		> 50		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Estadiamento clínico T	1	2	1,57	9	2,58	11	2,31	0,894
	2	16	12,60	48	13,75	64	13,45	
	3	77	60,63	198	56,73	275	57,77	
	4	32	25,20	94	26,93	126	26,47	
	Total	127	100,00	349	100,00	476	100,00	
Estadiamento clínico N	1	15	16,48	48	21,82	63	20,26	0,036
	2	17	18,68	19	8,64	36	11,58	
	0	59	64,84	153	69,55	212	68,17	
	Total	91	100,00	220	100,00	311	100,00	
Estadiamento clínico M	1	25	23,15	58	18,83	83	19,95	0,203
	0	83	76,85	250	81,17	333	80,05	
	Total	108	100,00	308	100,00	416	100,00	
Estadiamento clínico geral	1	12	9,68	26	7,43	38	8,02	0,349
	2	54	43,55	183	52,29	237	50,00	
	3	37	29,84	85	24,29	122	25,74	
	4	21	16,94	56	16,00	77	16,24	
	Total	124	100,00	350	100,00	474	100,00	
Metástases	Fígado	18	81,8	36	75	54	77,1	0,008
	Pulmão	4	18,2	12	25	16	22,9	
	Total	22	100,0	48	100,00	70	100,00	

\* Teste exato de Fisher

## DISCUSSÃO

A etiopatogenia do câncer colorretal, mesmo com diversos estudos, ainda não foi totalmente elucidada, entretanto, pode-se considerar que o consumo reduzido de fibras, além do uso excessivo e prolongado de gordura, sal refinado e condimentos resultam na produção de substâncias potencialmente carcinogênicas<sup>6,9-10</sup>. Adicionalmente, o risco elevado de degeneração neoplásica dos adenomas, a importância da hereditariedade na sua gênese, bem como a já estabelecida sequência adenoma-carcinoma subsidiam a teoria genética de origem do câncer colorretal<sup>10-11</sup>. Essa neoplasia é típica de pessoas idosas, com maior prevalência em pacientes de idade superior a 60 anos, representando uma importante causa de morbidade e mortalidade nesse grupo etário. Entretanto, nos últimos anos, tem sido observado maior número de diagnósticos em jovens, sendo especulado que esse grupo apresente pior prognóstico, o que ainda suscita controvérsia<sup>4-7</sup>.

Neste estudo, notou-se apenas discreta predileção pelo gênero masculino (50,1%). Outros autores,

diferentemente, têm descrito uma prevalência de 0,5 até 50% maior em homens, variando conforme a população estudada<sup>1,12-13</sup>. Em relação à idade, observou-se que os pacientes apresentaram idade média de 59,18 anos e apenas 26,53% dos casos foram vistos em pacientes com até 50 anos. Estudo realizado nos Estados Unidos, com 13.619 pacientes, apontou uma média etária de 76,5 anos, bem superior à vista no presente estudo, já relatos realizados na China exibiram idade média de 56 anos<sup>12,14</sup>. Apesar disso, percebe-se como consenso uma maior prevalência de doentes com idade avançada, sendo que cerca de 30% dos pacientes apresentam idade até 50 anos, de 2 a 6%, idade até 40 anos, e apenas em torno de 1% são menores de 30 anos<sup>12-17</sup>. O acometimento de pacientes com maior idade pode ser explicado pelo maior tempo de exposição aos carcinógenos, à menor capacidade de reparo do DNA, amplificação de oncogenes e disfunção de genes supressores de tumor, bem como debilidade no sistema imune<sup>18</sup>.

Entre as queixas dos pacientes, foram mais comumente relatados sangramento, alteração de hábito intestinal e dor, concorde com o descrito na literatura; entretanto, notou-se

**Tabela 4.** Distribuição dos pacientes com câncer colorretal, de acordo com as faixas etárias, características histopatológicas da lesão e tipo de recidiva

Histopatológico/recidiva		Faixa etária						*p
		≤ 50		> 50		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Laudo Histopatológico	Adenocarcinoma	114	96,61	297	99,33	411	98,56	0,031
	CEC	2	1,69	2	,67	4	0,96	
	Ca neuroendócrina	2	1,69	0	,00	2	0,48	
	Total	118	100,00	299	100,00	417	100,00	
Grau	1	32	25,60	130	39,63	162	35,76	0,002
	2	68	54,40	164	50,00	232	51,21	
	3	22	17,60	33	10,06	55	12,14	
	4	3	2,40	1	,30	4	,88	
	Total	125	100,00	328	100,00	453	100,00	
Invasão <sup>(a)</sup>	Sanguínea	2	6,90	1	1,59	3	3,26	0,468
	Linfática	20	68,97	45	71,43	65	70,65	
	Sanguínea e linfática	7	24,14	17	26,98	24	26,09	
	Total	29	100,00	63	100,00	92	100,00	
Margens	Livre	54	96,43	119	92,97	173	94,02	0,294
	Comprometida	2	3,57	9	7,03	11	5,98	
	Total	56	100,00	128	100,00	184	100,00	
Dukes	A	7	21,21	12	21,43	19	21,35	0,762
	B	9	27,27	16	28,57	25	28,09	
	C	16	48,48	28	50,00	44	49,44	
	D	1	3,03	0	,00	1	1,12	
	Total	33	100,00	56	100,00	89	100,00	
Tipo de recidiva	Local	10	38,46	7	17,07	17	25,37	0,001
	Regional	5	19,23	9	21,95	14	20,90	
	Metástase	14	53,85	27	65,85	41	61,19	
	Total	26	100,00	41	100,00	67	100,00	

Legendas: (a) Soma mais de 100%, um paciente pode apresentar mais de uma característica.

CEC= Carcinoma espinocelular; Ca= Carcinoma.

\* Teste exato de Fisher

que a alteração de hábito intestinal e a presença de anemia ao exame físico foram estatisticamente maiores entre pacientes com idade até 50 anos, o que não foi descrito em nenhum dos estudos analisados<sup>8,19-22</sup>.

O tratamento mais utilizado, de forma geral, foi a radioterapia; porém, considerando-se o grupo até 50 anos, observou-se maior número de procedimentos cirúrgicos e quimioterapia. Outros autores têm observado que os pacientes mais jovens são mais propensos a receber todas as opções terapêuticas, já que têm melhor condição de saúde, estão menos sujeitos a sofrer complicações pós-cirúrgicas, além de tolerar melhor as toxicidades da quimioterapia<sup>8</sup>.

A radioterapia é útil para reduzir o tamanho do tumor e possibilita que lesões grandes, que de outra

maneira não seriam ressecáveis, possam ser operadas. Entretanto, considera-se o procedimento cirúrgico como modalidade primária de tratamento do câncer retal, indicado especialmente para tumores em estágios iniciais<sup>18</sup>. Sabe-se que, com o aumento da idade, um maior número de pacientes passa a apresentar doenças crônicas, como insuficiência cardíaca congestiva, diabetes, hipertensão e doença pulmonar obstrutiva crônica, o que faz com que, muitas vezes, o tratamento cirúrgico não seja indicado. Apesar disso, destaca-se que, embora com maior mortalidade pós-operatória e menor sobrevida em longo prazo, mesmo pacientes com idade superior a 70 anos podem atingir taxas de 55% de sobrevida em cinco anos após a ressecção de um câncer colorretal<sup>21</sup>.

A quimioterapia foi utilizada tanto na modalidade neoadjuvante quando combinada à radioterapia, adjuvante após os procedimentos cirúrgicos, bem como paliativa nos casos de estadiamento mais avançado. Os esquemas mais utilizados consistiram nas fluoropirimidinas, sendo a associação de fluorouracil e leucovorin a mais usada no tratamento adjuvante, enquanto a associação de fluorouracil e oxaliplatina ou irinotecano foi mais utilizada nos casos de quimioterapia paliativa, o que está concorde com a literatura<sup>8</sup>.

Os estadiamentos clínicos mais observados em ambos os grupos foram os estádios TNM II e III, e apenas, com relação às metástases regionais, notou-se que os pacientes até 50 anos tiveram pior estadiamento. Um grande número dos trabalhos publicados ressalta a maior frequência de tumores em estágio avançado TNM III ou IV entre os pacientes jovens, porém há outros estudos que apontam uma distribuição semelhante entre os grupos<sup>3-5</sup>. No caso de pacientes com idade inferior a 50 anos, especula-se que os piores estádios no momento do diagnóstico possam decorrer de subestimação por parte dos profissionais de saúde, bem como dos próprios pacientes, por interpretarem a sintomatologia como doença benigna, considerando o câncer apenas como uma doença de idosos<sup>3,5</sup>. Avaliando-se as metástases a distância, o fígado e o pulmão foram os locais mais afetados, com maior ocorrência de metástases hepáticas no grupo mais jovem. O local mais frequente de disseminação hematogênica do câncer colorretal é o fígado, seguido por metástases pulmonares e ósseas<sup>21</sup>.

Mais de 98% dos tumores observados foram do tipo adenocarcinoma. Esses tumores geralmente surgem em pólipos, causam sintomas relativamente precoces e cerca de 10 a 15 % secretam quantidades consideráveis de mucina<sup>21</sup>. Invasão linfática, margens cirúrgicas livres e estádios C e B de Dukes predominaram em ambos os grupos, embora alguns trabalhos apontem maior ocorrência de tumores em estágios C/D de Dukes entre os pacientes jovens<sup>4</sup>. Adicionalmente, observou-se que, nos pacientes mais jovens, houve maior número de casos de carcinomas espinocelulares e neuroendócrinos, além de menor grau de diferenciação tumoral. Carcinomas colorretais com indicadores histopatológicos de maior grau de agressividade, com reduzida diferenciação celular, têm sido descritos em pacientes de faixas etárias mais jovens. Tal fato tem sido apontado como responsável pelo pior prognóstico exibido nesses pacientes<sup>3-7</sup>.

A recorrência tumoral por metástase a distância foi observada em 61,19% dos casos, seguida pela metástase regional com 25,37% e pela recidiva local em 20,90% dos casos, com maior ocorrência de recidiva local em pacientes até 50 anos, embora tenham sido tratados mais

agressivamente com cirurgias e quimioterapias. A despeito dos progressos do diagnóstico e da terapêutica, as recidivas ocorrem em, pelo menos, metade dos pacientes, sendo responsáveis pelo óbito de um terço daqueles tratados cirurgicamente, provavelmente devido à biologia tumoral heterogênea e estadiamento avançado. Tais recorrências resultam em baixas taxas de sobrevida, sendo que, em casos avançados, a sobrevida raramente excede a média de 12 anos<sup>4-5</sup>.

## CONCLUSÃO

Os carcinomas colorretais em pacientes com idade até 50 anos mostraram-se mais agressivos e indiferenciados, portanto, é importante que as queixas, mesmo dos pacientes jovens, não sejam subestimadas, ao contrário, possam ser prontamente investigadas, a fim de possibilitar o diagnóstico precoce e maior chance de cura ao paciente com câncer colorretal. Adicionalmente, mais estudos devem ser realizados para que se possa compreender os mecanismos que resultam nesse comportamento potencialmente mais agressivo do câncer colorretal em indivíduos jovens.

## CONTRIBUIÇÕES

Isabel Cristina Vieira Borges, Ana Graziela Soares Rêgo, Rodrigo José de Vasconcelos Valença e Lucielma Salmito Soares Pinto participaram da concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica; João Batista Mendes Teles participou da obtenção, análise e interpretação dos dados.

**Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.**

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [citado 2011 dez]. 118 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
2. Cruz GMG, Ferreira RMRS, Neves PM. Câncer retal: estudo demográfico, diagnóstico e estadiamento de 380 pacientes acompanhados ao longo de quatro décadas. *Rev bras colo-proctol.* 2004;24(3):208-24.
3. Carneiro Neto JD, Barreto JBP, Freitas NS, Queiroz MA. Câncer colorretal: características clínicas e anatomopatológicas em pacientes com idade inferior a 40 anos. *Rev bras colo-proctol.* 2006;26(4):430-5.
4. Lupinacci RM, Campos FGCM, Araújo SEA, Imperiale AR, Seid VE, Habr-Gama A, et al. Análise comparativa

- das características clínicas, anátomo-patológicas e sobrevida entre pacientes com câncer colo-retal abaixo e acima de 40. *Rev bras colo-proctol.* 2003;23(3):155-62.
5. Monteiro EP, Salem JB, Taglietti EM, Albuquerque IC, Formiga GJS. Neoplasia colorretal até 40 anos: experiência em cinco anos. *Rev bras colo-proctol.* 2006;26(2):156-61.
  6. Ghazi S, Lindfors U, Lindberg G, Berg E, Lindblom A, Papadogiannakis N; The Low-Risk Colorectal Cancer Study Group. Analysis of colorectal cancer morphology in relation to sex, age, location, and family history. *J Gastroenterol.* 2012 Jan 18; [Epub ahead of print].
  7. You YN, Xing Y, Feig BW, Chang GJ, Cormier JN. Young-onset colorectal cancer: is it time to pay attention? *Arch Intern Med.* 2012;172(3):287-9.
  8. Schellerer VS, Merkel S, Schumann SC, Schlabrakowski A, Förtsch T, Schildberg C, et al. Despite aggressive histopathology survival is not impaired in young patients with colorectal cancer: CRC in patients under 50 years of age. *Int J Colorectal Dis.* 2012;27(1):71-9.
  9. Habr-Gama A. Câncer colorretal: a importância de sua prevenção [editorial]. *Arq Gastroenterol.* 2005;42(1):2-3.
  10. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Prevenção do câncer do intestino. *Rev bras cancerol.* 2003;49(4):207. Normas e recomendações do INCA.
  11. Lee PY, Fletcher WS, Sullivan ES, Vetto JT. Colorectal cancer in young patients: characteristics and outcome. *Am Surg.* 1994;60(8):607-12.
  12. Lang K, Korn JR, Lee DW, Lines LM, Earle CC, Menzin J. Factors associated with improved survival among older colorectal cancer patients in the US: a population-based analysis. *BMC Cancer.* 2009;9:227.
  13. Zhao DB, Wu YK, Shao YF, Wang CF, Cai JQ. Prognostic factors for 5-year survival after local excision of rectal cancer. *World J Gastroenterol.* 2009;15(10):1242-5.
  14. Xu AG, Yu ZJ, Jiang B, Wang XY, Zhong XH, Liu JH, et al. Colorectal cancer in Guangdong Province of China: a demographic and anatomic survey. *World J Gastroenterol.* 2010;16(8):960-5.
  15. Altenburg FL, Biondo-Simões MLP, Santiago A. Pesquisa de sangue oculto nas fezes e correlação com alterações nas colonoscopias. *Rev bras colo-proctol.* 2007;27(3):304-9.
  16. Cruz GMG. *Coloproctologia. Vol. 2, Propedêutica nosológica.* Rio de Janeiro: Revinter; [2000]. Capítulo 56, Câncer no reto: experiência pessoal; p. 880-921.
  17. Drumond CA, Ferro RAF, Nogueira AMF, Luz MMP, Conceição SA, Silva RG, et al. Câncer colorretal em pacientes com idade inferior a 30 anos. *Rev bras colo-proctol.* 2003;23(3):147-54.
  18. Pedrazzani C, Cerullo G, De Marco G, Marrelli D, Neri A, De Stefano A, et al. Impact of age-related comorbidity on results of colorectal cancer surgery. *World J Gastroenterol.* 2009;15(45):5706-11.
  19. Mendes MBP, Costa LDB, Tamura S. Tumores do cólon e reto: experiência de 16 anos. *Rev bras colo-proctol.* 1992;12(4):132-8.
  20. Mitry E, Benhamiche AM, Jouve JL, Clinard F, Finn-Faivre C, Faivre J. Colorectal adenocarcinoma in patients under 45 years of age: comparison with older patients in a well-defined French population. *Dis Colon Rectum.* 2001;44(3):380-7.
  21. Pollock RE, Doroshov JH, Khayat D, Nakao A, O'Sullivan B, editors. *UICC manual de oncologia clínica.* 8a ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 2006. Câncer do cólon e do Reto; p. 487-504.
  22. Rodriguez-Bigas MA, Mahoney MC, Weber TK, Petrelli NJ. Colorectal cancer in patients aged 30 years or younger. *Surg Oncol.* 1996;5(4):189-94.

## Abstract

**Introduction:** Colorectal carcinoma is hardly found in individuals below 50 years of age, and there are still controversies regarding its behavior and prognosis. **Objective:** To evaluate the epidemiological, clinical, histopathological and treatment of patients with colorectal carcinoma, comparing the age groups up to 50 years and older than 50 years. **Method:** This is a descriptive study, which examined records of 505 patients with colorectal carcinoma, treated from January 1998 to December 2008. Clinical and pathological parameters were collected. **Results:** Individuals aged 50 years or less accounted for 26.53% of the sample and there was no gender predilection. Change in bowel habits such as initial complaint to the physical examination and anemia were significantly more common in the younger group. Patients aged 50 years or younger also showed more advanced lymph nodes staging, higher incidence of squamous cell or neuroendocrine carcinoma and worse histopathological differentiation, as well as increased local recurrence, despite a higher rate of surgical treatment and chemotherapy. **Conclusion:** The colorectal carcinomas in younger patients were more aggressive and undifferentiated. The complaints, even from young patients, should be promptly investigated to enable early diagnosis and a higher chance of cure for patients with colorectal carcinoma.

**Key words:** Colorectal Neoplasms/epidemiology; Epidemiology, Descriptive; Neoplasm Staging; Adult; Middle Aged; Comparative Study

## Resumen

**Introducción:** El cáncer colorrectal suele ser poco frecuente en personas menores de 50 años, aún existen controversias en cuanto a su comportamiento y el pronóstico. **Objetivo:** Evaluar los aspectos epidemiológicos, clínicos, histopatológicos y tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal, en la comparación de los grupos de edad hasta 50 años y mayores de 50 años. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, que han sido examinados los registros hospitalarios de 505 pacientes con cáncer colorrectal, tratados entre enero de 1998 a diciembre 2008. Parámetros clínicos y histopatológicos han sido recogidos. **Resultados:** Las personas con edad hasta 50 años representaban el 26,53% de la muestra y no hubo predilección por el género. Cambio en los hábitos intestinales, como queja inicial de la exploración física y la anemia han sido significativamente más frecuentes en el grupo más joven. Los pacientes de hasta 50 años también han exhibido estadiamiento linfonodo más avanzado, mayor incidencia de carcinoma de espinocelular o neuroendocrino y peor diferenciación histopatológica, así como la mayor recurrencia local, a pesar de una mayor tasa de tratamiento quirúrgico y quimioterapia. **Conclusión:** El cáncer colorrectal en pacientes con edad hasta 50 años se ha mostrado más agresivo y no diferenciado. Las quejas, incluso de los pacientes jóvenes, deben ser investigadas con prontitud a fin de posibilitar un diagnóstico precoz y una mayor posibilidad de curación para los pacientes con cáncer colorrectal.

**Palabras clave:** Neoplasias Colorrectales/epidemiología; Epidemiología Descriptiva; Estadificación de Neoplasias; Adulto; Mediana Edad; Estudio Comparativo