

Alterações repentinas no ritmo intestinal ou anemias sem motivo aparente são um alerta para que se procure logo um especialista. A prevenção aumenta as chances de eliminação de tumores

SISTEMA DIGESTIVO EM ORDEM

» HUMBERTO SIQUEIRA

Belo Horizonte — Entre os tipos de câncer do sistema digestivo no Brasil, cerca de 30,1 mil neste ano serão de intestino (colo e reto), segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (Inca). As mulheres são as mais atingidas pela doença, com 15.960 novos casos, contra 14.180 do sexo masculino, mas a prevenção é necessária para ambos os gêneros, sobretudo a partir dos 50 anos.

A enfermidade pode, atualmente, ser identificada com bastante segurança e antecedência. De acordo com o presidente da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (Sobed), Sérgio Bizinelli, "já é possível detectar a doença de maneira precoce por meio da endoscopia baixa ou colonoscopia, um exame rápido e indolor e que gera grande possibilidade de cura. Se existissem programas no SUS para o incentivo do exame, menos pessoas morreriam por causa dessa enfermidade", afirma.

Os sintomas podem ter intensidade distinta. Variam de mudança do ritmo intestinal, com prisão de ventre ou diarreia sem causa aparente, ou anemias sem motivo. A pessoa que evacua uma vez ao dia e repentinamente passa dias sem evacuar ou que vai ao vaso muitas vezes no mesmo dia sem que tenha alterado a alimentação deve suspeitar de algum problema. Essa alteração no ritmo intestinal é um alerta para que se procure logo um médico.

As variações no funcionamento normal do organismo também mudam de acordo com a localização do tumor. Se ao lado direito do abdome, o mais comum é um quadro de fraqueza, anemia e diarreia. Quando do lado esquerdo, há maior probabilidade de prisão de ventre. Já o câncer no reto tem como principais indicativos o sangramento e a vontade recorrente de ir ao vaso. Nesse caso, é comum o paciente confundir o problema com hemorroida, o que mascara a doença. Mas há diferenças: em casos de hemorroidas, o sangue vivo não se encontra misturado às fezes, característica presente no sangue ocasionada pelo câncer. Mas como é complicado para o paciente distinguir entre um e outro, a indicação clínica é procurar um médico em caso de sangramento.

Para Bizinelli, o Brasil deveria investir em campanhas de prevenção dos cânceres do aparelho digestivo, assim como ocorre com a mama e a próstata. "Com a colonoscopia, conseguimos ver todo o intestino grosso, parte mais distal do intestino delgado, e o reto. Podemos até retirar um pólip, que é a formação de verruga na parede do intestino ou

reto e que pode evoluir para um tumor. A peça é encaminhada para a biópsia. Nem todos os casos de pólipos evoluem para um tumor, mas 95% dos casos de neoplasias do cólon provêm da formação de pólipos", detalha. Se um pólip é retirado, o repouso é de apenas 24 horas. No Brasil, o câncer no intestino é o quarto mais frequente nos homens, atrás apenas do câncer de estômago, de pulmão e de próstata.

O desenvolvimento do câncer colorretal leva de 10 a 15 anos, segundo estimativas. Por isso, a maior incidência ocorre a partir dos 60 anos. Quanto mais casos na família, maior o risco de desenvolver a doença. Principalmente se o mal já acometeu um parente de primeiro grau com menos de 40 anos. Nesse caso, indica-se aos parentes saudáveis que iniciem o controle por meio da colonoscopia 10 anos antes da idade de diagnóstico do paciente.

Esôfago

O endoscopista digestivo e diretor da Sobed de Minas Gerais, Jairo Silva Alves, lembra que os cânceres de esôfago, de estômago e de duodeno também podem ser diagnosticados por uma endoscopia alta. O tumor no esôfago é o mais recorrente entre os três órgãos e, geralmente, muito perigoso, pois se desenvolve silenciosamente. "Existem alguns métodos para o diagnóstico, mas o mais seguro e eficiente é a endoscopia. Até porque permite intervenção imediata. O aparelho endoscópico permite inserirmos uma pinça para retirar o pólip ou aplicar um medicamento", garante.

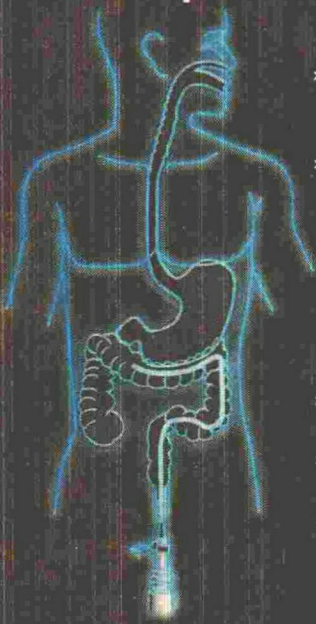
O esôfago liga a boca ao estômago. Trata-se de um músculo que encaminha o alimento para ser digerido pelos outros órgãos digestivos. É como um tubo que se estende do pescoço, atrás da traqueia, pelo tronco atrás do osso do peito, até o estômago.

O câncer de esôfago, invariavelmente, se origina nas células de tipo epitelial (carcinomas), ou nas células das glândulas (adenocarcinomas). No Brasil, o mais comum é o epitelial. Os sintomas só costumam aparecer quando a doença já está em estágio avançado, com pequena chance de cura.

Pacientes portadores de doença de Chagas com comprometimento do esôfago (megaesôfago), carcinomas de outros locais, principalmente da cabeça e do pescoço, doença celíaca ou esofagite de refluxo com alterações da porção inferior da mucosa do esôfago (esôfago de Barret) têm um risco aumentado para esse tipo de câncer. Negros também apresentam maior risco de desenvolver esse tumor. O monitoramento deve começar aos 50 anos.

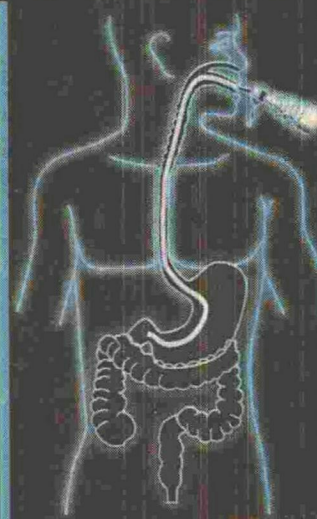
A alimentação está intima-

Endoscopia alta



- » O paciente faz jejum de alimento por oito horas e de líquidos por quatro horas antes do exame.
- » Ao chegar para a consulta, é entrevistado pelo médico, para definir qual sedação venosa será aplicada. Normalmente, a escolha é entre leve e moderada. Sedado, o exame com o endoscópio é feito entre seis e 10 minutos. Também é usado anestésico tópico.
- » Em quase 100% dos casos, é feita extração de tecido para biópsia.
- » O paciente fica em recuperação, por 20 a 30 minutos.
- » O tubo endoscópico tem que ser reprocessado e higienizado. A desinfecção é regulada pela Anvisa e dura cerca de 30 minutos.
- » O paciente precisa estar acompanhado.

Endoscopia baixa



- » O preparo é fundamental. Feito da boca para o ânus. Entre 36 e 24 horas antes do exame, é imposta uma restrição na dieta. Nas 12 horas que antecedem o exame, o paciente usa laxante e medicamentos que limpam o intestino.
- » O procedimento é feito por dois médicos, já que o paciente é sedado profundamente e dorme durante todo o tempo. O exame dura entre 20 e 30 minutos e é todo documentado.
- » Ao término, o paciente é encaminhado para repouso, por 30 a 40 minutos.
- » O aparelho passa pelo mesmo tipo de higienização que o da endoscopia alta.

Quando fazer os exames

A American College of Gastroenterology preconiza a investigação do câncer de intestino da seguinte forma:

» Indivíduos sem sintomas, a partir dos 50 anos, sem outros fatores de risco associados à doença devem realizar a colonoscopia a cada três a cinco anos, acompanhada de exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes em três amostras, anualmente.

» Indivíduos com história pessoal de pólip tipo adenoma maiores que um centímetro ou múltiplos pólipos (adenomas) devem submeter-se a novas colonoscopias a cada três anos.

» Indivíduos com doença inflamatória intestinal devem submeter-se a colonoscopia a cada um ou dois anos.

mente ligada ao surgimento tanto do câncer de intestino quanto do de esôfago. Gordura animal, refeições pobres em fibra e rica em corantes favorecem a incidência. Os corantes liberam nitrosaminas no intestino, substâncias reconhecidamente cancerígenas, presentes numa série de produtos industrializados.

Na dieta rica em gordura, destacam-se as carnes gordas, a manteiga e os queijos amarelos. A gordura da carne vermelha, os alimentos salgados e os defuma-

dos também contêm substâncias carcinogênicas. As frituras devem ser evitadas porque o óleo se decompõe quando vai ao fogo.

Por outro lado, verduras, frutas, legumes e cereais são ricos em fibras e protegem o intestino. As fibras aumentam o bolo fecal, aceleram o trânsito intestinal e diminuem o tempo de contato das substâncias carcinogênicas com a parede do intestino. Outras medidas preventivas são: praticar exercício físico e evitar o fumo e as bebidas alcoólicas.



Se existissem programas no SUS para incentivo do exame, menos pessoas morreriam por causa dessa enfermidade"

Sérgio Bizinelli, presidente da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva

