

CÂNCER DE CÓLON E RETO ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS DE UM HOSPITAL DE INTERIOR

Catarina Moriko Murakami¹
Oswaldo Marcos Sobral Soriano¹
Renato de Azevedo Sardinha¹
Geraldo da Silva Venâncio²
José Manoel Correia Moreira³
Edson Batista⁴

RESUMO

Os autores analisam 27 pacientes operados no Hospital dos Plantadores de Cana, com o diagnóstico de câncer colorretal, no período compreendido entre junho de 1975 e dezembro de 1980.

O grupo era composto por 16 pacientes do sexo feminino (59,3%) e 11 do sexo masculino (40,7%). O indivíduo mais jovem tinha 29 anos e o mais idoso 87, com a média de idades de 55,3 anos.

Os tumores estavam distribuídos pelos cólons da seguinte maneira: 12 ao nível do reto (44,45%), sete localizados no sigmóide (25,9%), três no cólon esquerdo (11,1%) e cinco no cólon direito (18,5%). Em dois pacientes havia tumores sincrônicos de cólon direito e sigmóide.

Usando os critérios de Dukes, os tumores foram assim classificados: Tipo A-2, tipo B-8, tipo C-9 e tipo D-8

Histologicamente 25 pacientes eram portadores de adenocarcinomas e dois apresentavam tumores epidermóides.

Em 23 pacientes foram realizadas cirurgias de ressecção do tubo digestivo incluindo a massa neoplásica. Em três doentes as cirurgias visaram unicamente evitar a obstrução do tubo gastrointestinal. Em um paciente foi praticada excisão local.

Desses pacientes três faleceram no pós-operatório imediato, perfazendo um índice de mortalidade de 11,1%, 11 vieram a falecer posteriormente à alta hospitalar, com o mínimo de sobrevida de 40 dias e o máximo de 2 anos.

Em 01-06-82 13 pacientes (48,1%) estavam vivos, com sobrevida superior a um ano da cirurgia, quatro estão vivos decorridos mais de quatro anos da cirurgia e um apresenta sobrevida superior a cinco anos.

Em países desenvolvidos e industrializados a incidência de câncer de cólon vem aumentando progressivamente, tornando-se a neoplasia mais freqüente do tubo digestivo^{6, 9}.

Trabalho realizado nos Serviços de Cirurgia Geral e Proctologia do Hospital dos Plantadores de Cana de Campos e Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Campos.

- 1 Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital dos Plantadores de Cana de Campos
- 2 Chefe do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital dos Plantadores de Cana de Campos, Professor Titular de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Campos, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões
- 3 Responsável pelo Setor de Cólon-Proctologia do Hospital dos Plantadores de Cana de Campos, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e Sociedade Brasileira de Cólon-Proctologia
- 4 Cirurgião Geral do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital dos Plantadores de Cana de Campos, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Membro Associado da Sociedade Brasileira de Cólon-Proctologia, Professor-Assistente de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Campos

— Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

Nos Estados Unidos, no início da década de oitenta, foram detectados quase 100.000 novos casos por ano, resultando aproximadamente em 50.000 mortes anuais^{3, 9}. Naquele país, somente os cânceres de pele, os de órgãos genitais femininos e os de pulmão apresentaram incidência superior³. Em outros países da América Latina, África e Japão a incidência do câncer do cólon é bem menos significativa⁹.

A análise epidemiológica dos fatores de risco nos dá indícios de que a dieta rica em proteínas e gordura, mas pobre em resíduos, característica dos países ricos, constitui a principal causa de indução carcinogênica do cólon e reto^{3, 6, 9}.

Esta premissa está baseada na observação dos japoneses que emigraram para os Estados Unidos. A troca de padrões dietéticos orientais pela dieta ocidentalizada acarretou, nestes indivíduos, incidência de câncer de cólon comparável à observada nos brancos americanos.

Em situações raras, o aparecimento do câncer colônico está ligado a fatores genéticos^{3, 9}. Foram identificadas várias famílias com câncer de cólon, com incidência muito maior que a população normal, sugerindo haver um terreno genético para o desenvolvimento desses tumores⁹.

Algumas condições predis põem ao aparecimento da neoplasia e estão intimamente relacionadas com incidência maior de câncer do cólon: a polipose familiar hereditária, síndrome de **Gardner** e a retocolite ulcerativa².

O câncer de cólon tem distribuição bastante semelhante, em ambos os sexos, sendo a sexta e sétima décadas as faixas etárias mais frequentemente acometidas⁴. Esses tumores em sua grande maioria são do tipo adenocarcinoma, com uma frequência que varia de 94% a 98%. Os restantes são de natureza epidermóide ou de linhagem conjuntiva representados pelos sarcomas em suas várias modalidades.

A distribuição dos adenocarcinomas pelos segmentos dos cólons é feita de maneira desproporcional e cerca de 70% estão concentrados no sigmóide e reto. A frequência decresce substancialmente nos outros segmentos e se eleva ligeiramente no ceco¹. Em um percentual de aproximadamente 4%, existem tumores em dois sítios anatômicos do cólon. Nessas condições são denominados sincrônicos. Em cerca de 3,5% de todos os operados de câncer colorretal, posteriormente, se desenvolve tumor secundário no cólon residual, chamado de metacrônico.

A principal arma terapêutica para o tratamento de câncer de cólon é a cirurgia^{3, 4, 8, 9, 10}. O princípio da ressecção curativa fundamenta-se na ressecção em bloco do tumor e de sua drenagem

linfática. De maneira bastante simplificada, pode-se afirmar que a cirurgia consiste em:

1 — Colectomia radical com linfadenectomia mesentérica nas neoplasias de cólon intra-abdominal.

2 — Ressecção abdômino-perineal, incluindo dissecação dos gânglios linfáticos hipogástricos nos tumores de reto abaixo da reflexão peritoneal.

3 — Ressecção anterior baixa nas lesões do retossigmóide, acrescida de linfadenectomia dos gânglios hipogástricos.

Durante a cirurgia devem ser utilizados procedimentos técnicos visando a disseminação de células neoplásicas decorrentes da ação mecânica do próprio ato operatório^{3, 6}. A ligadura prévia da drenagem venosa e linfática oriunda da zona tumoral evitará a disseminação de células tumorais durante a manipulação do tumor. Da mesma maneira, a ligadura intestinal proximal e distal, com relação ao tumor, impedirá a disseminação de células neoplásicas na luz intestinal e consequentemente implante na linha de sutura. Muitas vezes, esse procedimento não é possível ser praticado, como nas lesões altas do reto. Nessas circunstâncias, a proteção contra o implante de células tumorais na linha de sutura deverá ser feito mediante ampla lavagem com água destilada da cavidade pélvica e dos bordos do tubo digestivo que vão ser anastomosados. A finalidade do uso da água destilada é promover a lise das células tumorais⁸.

Os tumores que invadem a serosa deverão ser envoltos em compressas, evitando-se a disseminação de células neoplásicas pela cavidade abdominal^{3, 6}.

Nos cânceres de cólon pode-se utilizar ainda de três modalidades de tratamento complementar: a radioterapia, a quimioterapia e a imunoterapia.

A radioterapia está indicada em tumores epidermóides do canal anal, em virtude de sua radiosensibilidade. A radioterapia deverá ser aplicada ainda em tumores radorresistentes do tipo adenocarcinoma, como método paliativo, em pacientes que não tenham condições cirúrgicas e ainda nas recidivas pélvicas¹. Atualmente em alguns serviços de oncologia⁷, desenvolvem-se protocolos visando avaliar a eficácia da radioterapia pré e pós-operatória em adenocarcinoma localizado no reto. Esses trabalhos sugerem que tal abordagem resulta num número menor de pacientes com gânglios regionais comprometidos⁷.

Com advento do 5-fluorouracil, iniciou-se a era da quimioterapia como forma de tratamento complementar dos tumores de cólon. Após décadas de pesquisas com a quimioterapia isolada ou associada, pode-se concluir que ela aumenta a sobrevida em pacientes no estágio C de **Dukes**¹⁰ e

apesar de não aumentar a sobrevida em pacientes no estágio D, propicia-lhes qualidade de vida melhor^{7, 11}

Visto que o câncer colorretal em fase avançada não é controlado com os recursos terapêuticos atualmente disponíveis, é preciso enfatizar a necessidade de um diagnóstico mais precoce dentro das limitações atuais e a pesquisa de novos métodos que nos possibilitem identificar os tumores em suas fases iniciais

PACIENTES E MÉTODOS

No período de junho de 1975 a dezembro de 1980, foram operados no Hospital dos Plantadores de Cana, 27 pacientes portadores de neoplasias de cólon e reto. Não foram incluídos nesta análise doentes operados em caráter de urgência e aqueles não submetidos à laparotomia em decorrência de sinais de inoperabilidade.

Dezesseis pacientes eram do sexo feminino e 11 do sexo masculino. O paciente mais jovem tinha 29 anos e o mais idoso contava 87 anos. A média das idades foi de 55,3 anos. A distribuição segundo a faixa etária e o sexo está apresentada nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Sexo

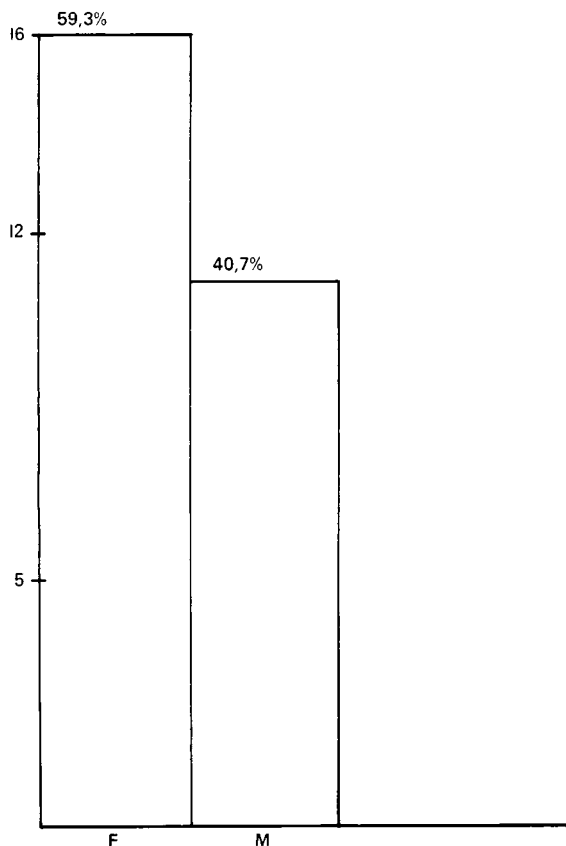
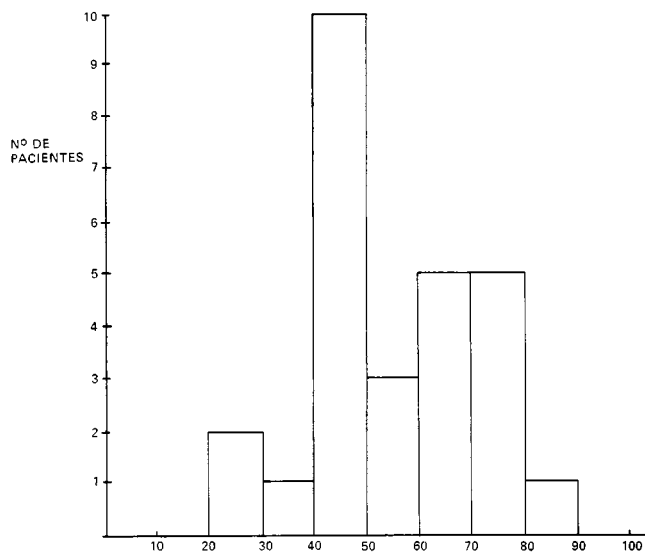


Tabela 2 – Idade



Os tumores da quase totalidade estavam localizados no reto e sigmóide (70,3%) e se distribuíam pelo cólon conforme está assinalado na Fig. 1.

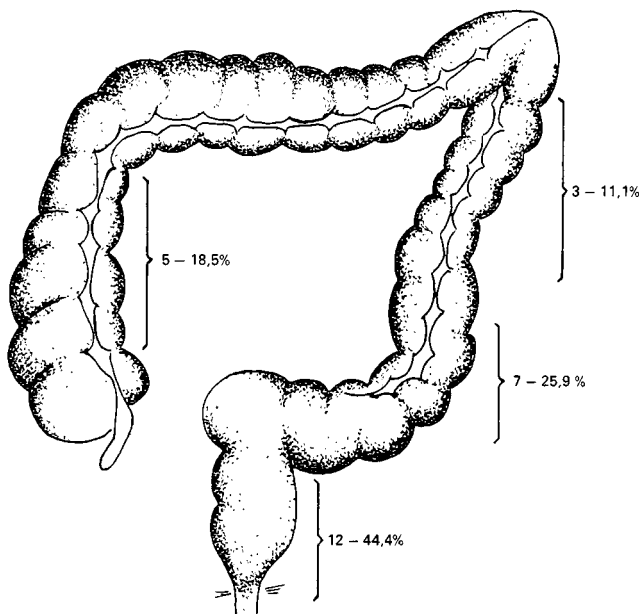


Fig. 1 – Distribuição de tumores.

Em 23 pacientes (85,1%), as cirurgias realizadas possibilitaram a retirada da massa neoplásica. Em três, visavam apenas impedir a obstrução do tubo digestivo.

Em dois pacientes, foram realizadas duas cirurgias simultaneamente (hemicolectomia direita e sigmoidectomia) em virtude da ocorrência de tumores sincrônicos no cólon direito e sigmóide. Em um doente, durante o inventário da cavidade

abdominal, foi constatada a presença de litíase vesicular e praticada colecistectomia.

Nas **Tabelas 3 e 4** estão discriminados os tipos de incisões utilizados e as cirurgias realizadas.

Em um paciente foi utilizada apenas excisão do tumor, por se tratar de carcinoma epidermóide localizado no canal anal e por ser de tamanho reduzido.

Tabela 3

Incisões	Pacientes
Pararretal interna direita	2
Pararretal interna esquerda	6
Mediana	16
?	2
Total	26

Tabela 4

Cirurgias	Pacientes
Amputação abdômino-perineal (Miles)	7
Hemicolectomia direita	5
Hemicolectomia esquerda	5
Ressecção anterior do reto	4
Sigmoidostomia	2
Sigmoidectomia	3
Operação de Hartman	1
Excisão	1
Ileotransversostomia	1
Total	29

No estadiamento realizado pela cirurgia e anatomia patológica, usando critérios de **Dukes** modificados por **Turnbull**, foram encontrados os números que estão listados na **Tabela 5**.

O estudo histopatológico comprovou que 25 tumores eram adenocarcinomas e dois eram do tipo epidermóide. Os pacientes portadores de carcinomas epidermóides foram submetidos à radioterapia. Seis pacientes no estágio D e um paciente no estágio C foram enviados a outro hospital para tratamento quimioterápico.

Três pacientes (11,1%) vieram a falecer no pós-operatório imediato em consequência de complicações do ato operatório. Considerando-se pós-operatório imediato até trinta dias após a intervenção cirúrgica. As causas dos óbitos foram: deiscência de anastomose ileocólica e peritonite generalizada, outra paciente era obesa, portadora

Tabela 5 – Classificação de Dukes

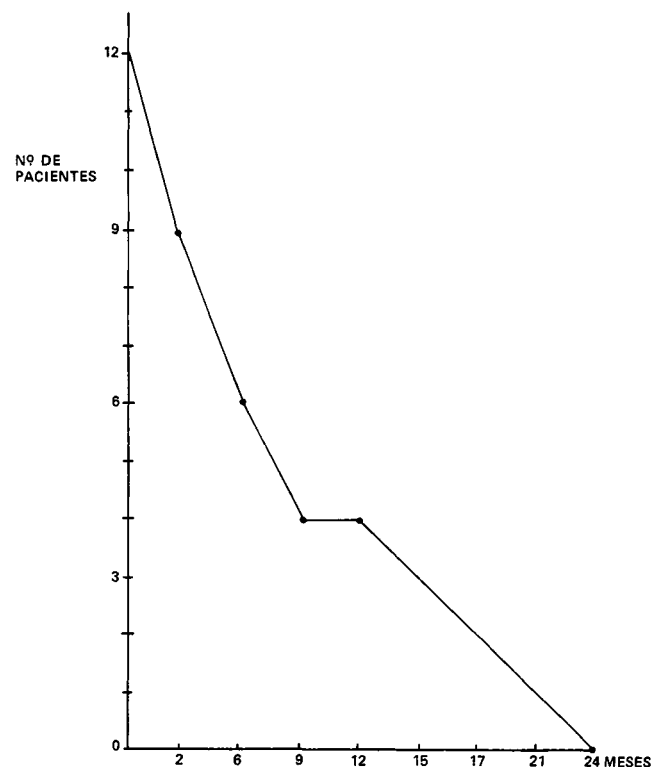
A	2 pacientes	7,4%
B	8 pacientes	29,6%
C	9 pacientes	33,4%
D	8 pacientes	29,6%
27 pacientes		100%

de bronquite crônica e no pós-operatório desenvolveu quadro de insuficiência respiratória; o último paciente era portador de doença coronariana isquêmica e veio a falecer em consequência de arritmias. Os dois primeiros estavam no estágio C e o último no estágio B. As idades eram as seguintes: 61, 66 e 73 anos, respectivamente.

Dos 24 pacientes que tiveram alta hospitalar, 11 (40,7%) tiveram êxito letal. Durante o seguimento tardio deste grupo, a sobrevida mínima foi de 40 dias e a máxima de 2 anos. Dos 11 óbitos, seis pacientes eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Oito pacientes estavam no estágio D e os três restantes no estágio C. Cinco pacientes (45,4%) faleceram antes de seis meses de decorrida a cirurgia. O tempo de sobrevida destes 11 pacientes está demonstrado na **Tabela 6**.

Em 01-06-82, 13 pacientes (48,1%) estavam vivos e todos apresentam sobrevida superior a

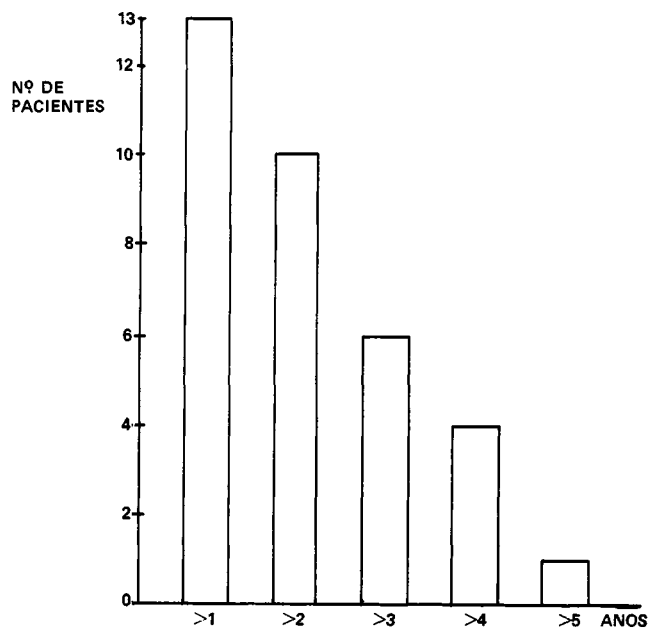
Tabela 6 – Mortalidade tardia



um ano. Quatro pacientes estão vivos, decorridos mais de quatro anos da cirurgia e um, mais de cinco anos da operação. O tempo de sobrevida deste grupo está ilustrado na **Tabela 7**.

Deste grupo de 13 pacientes, nove são do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Dois deles foram classificados como A, sete no estágio B e quatro no estágio C, segundo *Dukes*.

Tabela 7 – Sobrevida



COMENTÁRIOS E DISCUSSÃO

Em nosso hospital o câncer de cólon apresenta incidência menor que a do câncer gástrico, padrão de distribuição comumente encontrado em áreas menos desenvolvidas. A ocorrência do primeiro é mais freqüente que os cânceres localizados no esôfago, vias biliares e pâncreas.

A análise inicial deste grupo de pacientes nos demonstra que a neoplasia incidiu mais sobre o sexo feminino, 62,9% versus 37,1%. Houve incidência maior de neoplasia em faixas etárias mais jovens, 46%, ou seja, quase a metade dos tumores apareceram em pacientes com menos de 50 anos. A faixa etária entre 40 e 50 anos representou o pico máximo de incidência e 37% dos doentes estavam nestes limites de idade (**Tabelas 1 e 2**).

Acreditamos que esses desvios sejam resultantes da amostra reduzida de doentes analisados e não tenham significado maior.

A incisão mais utilizada e a que atualmente usamos preferencialmente é a mediana (**Tabela 3**).

Este tipo de acesso permite uma exposição adequada de todos os segmentos do cólon e é de execução simples e rápida.

Aproximadamente dois terços dos pacientes (63%) foram encaminhados à cirurgia num estágio muito avançado de disseminação neoplásica. Nove pacientes foram operados no estágio C e oito no estágio D (**Tabela 5**). Como veremos posteriormente, estes dados se refletiriam na mortalidade pós-operatória e sobrevida a longo prazo.

Conseguimos extirpar a massa tumoral em vinte e três pacientes e somente em três foi utilizada cirurgia com o objetivo de evitar a obstrução do tubo digestivo, perfazendo um índice de ressecabilidade de 85,1%. Este índice é inferior ao dos grandes hospitais de países desenvolvidos. O Massachusetts General Hospital, no período de 1950 a 1970, apresentou índice de ressecabilidade de mais de 90%⁵. O Presbyterian Hospital Nova York apresentava índice de 92,1% no período de 1945-1950. Por outro lado, nosso percentual de ressecabilidade foi superior aos centros regionais, desses mesmos países. Um centro regional desenvolve dados estatísticos de vários hospitais, sendo muitos deles de pequeno e médio porte. O índice de ressecabilidade de Connecticut Tumor Registry no período de 1960-1962 foi de 77%¹⁰.

Acreditamos que a retirada da massa neoplásica que sangra, obstrui o que apresenta intenso metabolismo, permite sobrevida com qualidade de vida melhor.

Em um paciente foi praticada apenas extirpação local do tumor. Este procedimento deve ficar reservado apenas para pacientes de alto risco cirúrgico e portadores de tumor de canal anal cujo tamanho não exceda mais ou menos 2 cm e sem invasão da muscular.

Nosso índice de mortalidade pós-operatória foi de 11,1%, número muito elevado quando comparado com a média de mortalidade pós-operatória dos hospitais dos grandes centros, a qual fica em torno de 5%¹⁶.

Nos últimos anos, conseguimos salas de recuperação melhor equipadas e plantões permanentes de residentes de cirurgia e acreditamos que atualmente possamos enfrentar as complicações operatórias de maneira mais precoce e eficiente e reduzir tal índice de mortalidade. Como proposta de trabalho, esperamos nos próximos cinco anos reduzir a mortalidade pós-operatória para a metade da atual.

Dos 11 pacientes que faleceram após a alta hospitalar, um apresentou sobrevida mínima de apenas 40 dias e outro sobrevida máxima de aproximadamente dois anos (**Tabela 6**). O tempo médio de sobrevida deste grupo foi de 10,1

meses. Vale a pena destacar que deste grupo oito pacientes (72,7%) estavam no estágio D. Dessa maneira, fica mais uma vez provado que a cirurgia pouco beneficia os pacientes com grande disseminação neoplásica e que deve ser dada ênfase especial ao diagnóstico precoce.

A quimioterapia foi feita em outro hospital em seis pacientes (cinco no estágio D e um no C), sem uma integração efetiva com o nosso serviço e sem obedecer a um protocolo rígido de tipos de drogas. Em decorrência do exposto, não nos é possível tecer nenhum comentário.

Após esse trabalho, pretendemos desenvolver um protocolo conjunto para todos os doentes no estágio C e D, os quais deverão ser submetidos à quimioterapia com esquemas de drogas padronizados.

Dois pacientes portadores de carcinoma epidermóide do canal anal, após o tratamento cirúrgico, foram submetidos à radioterapia. O primeiro foi submetido à operação de *Miles* e está vivo assintomático decorridos mais de três anos da cirurgia. No outro paciente, foi feita apenas excisão e posterior radioterapia. No momento (01-06-82) encontra-se vivo e bom, decorridos mais de quatro anos da cirurgia.

Finalmente, 13 pacientes (48,1%) ainda estão vivos, porém será necessário um acompanhamento de mais quatro anos para sabermos o percentual definitivo de sobrevida após cinco anos.

CONCLUSÕES

1 – Em nosso hospital, o câncer colorretal é o segundo em frequência dentre os tumores do tubo digestivo, só superado pelo câncer gástrico.

2 – O índice de ressecabilidade foi semelhante aos de outros serviços de cirurgias de centros mais desenvolvidos.

3 – O índice de mortalidade foi mais elevado do que a média dos índices de mortalidade encontrados nos serviços mencionados acima.

4 – Os pacientes encaminhados para o tratamento cirúrgico, em fase muito avançada de disseminação neoplásica (Estágio D), pouco se beneficiam com a cirurgia. A sobrevida máxima nestes pacientes foi de dois anos.

SUMMARY

The authors analyze twenty-seven patients operated in the Hospital dos Plantadores de Cana, who had a diagnosis of colon-rectal cancer, during June 1975 – December 1980 period.

The group was made up of sixteen females (59.3%) and eleven males (40.7%) patients. The youngest patient was 29 years old, the oldest 87, with an average age 55.3.

The tumors were distributed along large bowel in this way: twelve in rectum (44.5%), seven in sigmoid (25.9%), three in left colon (11.1%) and five in right colon (18.5%). In two patients there were concomitant tumors in right colon and sigmoid.

Using Duke's criteria, tumors were classified as type A-2, type B-8, type C-9 and type D-8.

Histologically twenty-five patients had adenocarcinomas and two presented epidermoid tumors.

Digestive tube resection surgeries, including neoplastic mass resection, were performed in twenty-three patients. In three patients these surgeries aimed merely to avoid gastrointestinal tube obstruction. A local excision was performed in one of the patients.

Among these patients, three died in early post-operative period, amounting to a mortality rate of 11.1%, eleven died after leaving hospital, with a minimum survival period of forty days and a maximum of two years.

Until June 1, 1982, thirteen patients (48.1%) were alive with a survival period superior to one year after surgery. Four are alive after more than four years from surgery and one has had a survival period longer than five years.

Agradecimentos – Aos Doutores: José Carlos Stoduto, Salvador Calomeni e Alcides C. Gonçalves Guimarães, pela participação nas cirurgias da amostra analisada.

A todos os residentes da cirurgia, pelo acompanhamento diário aos pacientes operados.

Ao Serviço Social do Hospital dos Plantadores de Cana, que possibilitou o seguimento pós-operatório de todos os doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARABEHETY JT – Tumores malignos. In Dani R e col. – Gastroenterologia. Rio de Janeiro, RJ; Koogan, 1979 – pp. 553-569.
2. BARBOSA JC & ROSELLI A – Câncer do colo e reto e seus precursores. In Porto JAF – Clínica das doenças intestinais. Rio de Janeiro, RJ; Atheneu, pp. 375-403, 1976.
3. CARRAPATOSO H – Tumores do cólon, reto e ânus. *Ars Curandi*, 133-137, 1982.
4. COHN Jr. I & NANCE FC – Lesões intermediárias ou pré-cancerosas e lesões malignas. In Sabiston Jr. DC – Tratado de cirurgia de Davis-Christopher. Rio de Janeiro, RJ; Interamericana, pp. 1039-1048, 1979.
5. DONALDSON GA & WELCH JP – Tratamiento de cancer de colon. In Malt RA – Clin Quir de Norte América – Cir Gastrot, México, México; Interamericana, pp. 710-728, 1974.
6. ENKER WE – Carcinoma do cólon e reto: uma abordagem racional baseada na experiência clínica e investigação labora-

- torial. In Block CE – Clin Cir Am Norte – Prática Cir nas Clin da Univ. de Chicago. Rio de Janeiro, RJ; Interamericana, pp. 175-188, 1976.
7. ENKER WE e col. – Definindo as necessidades para terapia complementar do câncer retal e colônico. In Burk MW & Norton DL – Clin. Cir. Am. Norte – Trat. complementar do câncer. Rio de Janeiro, RJ; Interamericana, pp. 1351-1367, 1981.
 8. GAMA AH – Cirurgia radical do câncer do reto com conservação do sistema esfinteriano. Bases anatômicas, anátomo-patológicas, indicações e contra-indicações. Rev Hosp Clin Fac Méd. S. Paulo, 29: 337-342, 1974.
 9. GAMA AH e col. – Tumores malignos. In Dani R e col. – Gastroenterologia clínica. Rio de Janeiro, RJ; Koogan, pp. 602-616, 1981.
 10. GOLIGHER JC – Tratamiento del cancer del colon, in Goligher JC – Cirugia del ano, reto y colon. Barcelona, España; Salvat, pp. 443-521, 1979
 11. GRACE TB & MOSS SE – Quimioterapia complementar no câncer do cólon e reto: Demonstração da eficácia da quimioterapia prolongada com 5-FU num ensaio prospectivo, controlado e randomizado. In Burk MW & Morton DL – Clin Cir Am Norte – Tratamento complementar do câncer. Rio de Janeiro, RJ, Interamericana, pp. 1381-1390, 1981.
 12. HALL AW, MOOSSA AR & BLOCK GE – Controvérsias no tratamento do câncer colorretal. In Block GE – Clin Cir da Am Norte – Prática cir. nas clin. da Univ. de Chicago. Rio de Janeiro, RJ; Interamericana, pp. 189-197, 1976.
 13. HUGGINS GA e col. – Terapia complementar para câncer do intestino grosso: Atualização dos ensaios do Veterans Administration Surgical Oncology Group. In Burk MW & Morton DL – Clin Cir Am Norte – Tratamento complementar do câncer. Rio de Janeiro, RJ; Interamericana, pp. 1369-1379, 1981
 14. NOGUEIRA DE SÁ H – Câncer nos cólons, reto e ânus – Rev Col Bras Cir, 41-86, 1968.
 15. STEARAS Jr. MW – Neoplasias benignas e malignas no cólon e reto: Diagnóstico e tratamento. In Ferguson JA – Clin Cir Am Norte – Cir. do cólon e anorretal, Rio de Janeiro, RJ; Interamericana, pp. 605-618, 1978.
 16. STORER EH, GOLDBERG SM & NIVATUORGS ES – Carcinoma do cólon e do reto. In Schwartz S e col. – Princípios de cir. Rio de Janeiro, RJ; Guanabara Koogan, pp. 1298-1310, 1981.