

SIMPÓSIO — CÂNCER DO RETO

Apresentado durante o 33^o Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, em Campinas, SP de 4 a 7 de setembro de 1983.

Presidente: Geraldo Milton da Silveira (BA)
Moderador: Angelita Habr Gama (SP)
Secretário: Eduardo Roque Verani (SP)
Participantes: Joaquim José Ferreira (RJ)
Amputação Abdômino-Perineal
Fernando Jorge de Souza (PR)
Técnicas de Preservação Esfincteriana
Moreno Gonzales (Espanha)
Conservação do Esfincter
Honorio Chiminazzo (SP)
Radioterapia
Indru Khubchandani (EUA)
Anastomose mecânica, ressecções locais.

Geraldo Milton da Silveira: Com grande honra recebi o convite de presidir este simpósio e inicialmente quero apresentar os participantes. Moderando esta mesa temos a Dr^a Angelita Habr Gama, que é professora adjunta e livre-docente da Universidade de São Paulo, e o Dr. Eduardo Roque Verani, que vai secretariar esta sessão. O Dr. Joaquim José Ferrei-

ra falará sobre Amputação Abdômino-perineal. Ele é professor adjunto da Faculdade Federal do Rio de Janeiro e Chefe do Serviço de Proctologia do Hospital Miguel Couto. O Dr. Fernando Jorge de Souza é o Chefe de Serviço de Proctologia da Universidade Federal do Paraná. O Dr. Moreno Gonzalez, da Espanha, Professor da Universidade de Madrid, falará sobre a Conservação de Esfínteres. O Dr. Indru Khubchandani, dos Estados Unidos, falará sobre Anastomoses Mecânicas. O radioterapeuta da Unicamp, Dr. Honório Chiminazzo, falará, obviamente, sobre radioterapia, e os debates serão orientados pela Prof^a Angelita Habr Gama. Isto, como os Srs. estão vendo, é um simpósio de muita atualidade e importância e teremos alguns aspectos controversos em debate. Eu passo a palavra à Prof^a Angelita Gama.

Angelita Gama: Queria agradecer a honra que me foi conferida, presidindo este Simpósio num congresso da nossa sociedade. Procuraremos deixar um espaço para debates com a platéia e solicitamos que os colegas que tenham dúvidas encaminhem as perguntas à Mesa. Como os senhores verificam, foi escolhido apenas um aspecto do tratamento do Câncer do Reto, uma vez que todos sabem que, dentro da nossa especialidade, é realmente o câncer de reto que demanda uma indicação seletiva, uma técnica para cada doente. Então é aí que nós devemos parar, pensar

e realmente ter às mãos no ato da operação todos os recursos, todas as técnicas disponíveis para tratar cada um dos nossos enfermos. Passaremos primeiro a palavra ao nosso colega do Rio de Janeiro, Joaquim José Ferreira, que falará sobre a amputação abdômino-perineal do reto.

Joaquim Ferreira: Quero inicialmente agradecer à direção do Congresso a honra do convite para participar desta mesa, na sessão inaugural, e dizer que é um pouco assustador atualmente falar sobre uma cirurgia mutiladora como a amputação abdômino-perineal do reto, quando se nota uma tendência à procura de técnicas que conservam a função esfintéfrica. Todavia sabemos que existem situações em que a amputação abdômino-perineal com colostomia definitiva ainda é a cirurgia que se impõe.

Quando nós nos deparamos com um paciente portador de câncer do reto, devemos fazer uma avaliação rigorosa para decidirmos qual a conduta cirúrgica mais adequada à solução do caso. Deve-se levar em consideração alguns aspectos da lesão, como a distância de seu limite inferior em relação à margem do ânus, o tamanho e a fixação do tumor, o grau de malignidade, fatores que influenciam na escolha de métodos mais conservadores ou mais radicais de tratamento. As lesões situadas no canal anal ou no reto baixo, dentro dos primeiros 5 cm, impõem, na maioria das vezes, a amputação abdômino-perineal como solução mais adequada. Nas lesões situadas acima de

10 cm, praticamente a cirurgia sempre é conservadora em relação à musculatura esfintéfrica. Já nos tumores situados no chamado terço médio do reto, ou seja, entre 5 e 10 cm de distância da margem do ânus, a decisão de conservar ou não a função esfintéfrica nem sempre é fácil e desafia a experiência do cirurgião; esta decisão deve sempre ser muito bem analisada levando-se em conta os princípios da cirurgia oncológica.

Queremos lembrar que vários estudos vêm mostrando que a disseminação retrógrada do tumor, na grande maioria das vezes, fica dentro de 1 cm; sendo assim, as cirurgias conservadoras podem ser feitas com boa margem de segurança. Nos tumores com alto grau de malignidade, que correspondem em média a 10% dos casos, mesmo nestes casos, raramente a disseminação retrógrada ultrapassa 2,5 cm.

Quando optamos pela amputação abdômino-perineal com colostomia definitiva, podemos fazer a cirurgia recomendada por Miles com uma equipe ou então a cirurgia sincronizada com duas equipes. No levantamento que fizemos para trazer neste congresso todos os casos foram operados com duas equipes sincronizadas. Até há cerca de 15 anos operávamos sempre com uma equipe, mas julgamos hoje que são muitas as vantagens para o paciente com a cirurgia feita com duas equipes.

O paciente é colocado nesta posição (**Fig. 1**), e vemos que uma mesa cirúrgica comum pode ser perfeitamente adequada, dando bastante conforto

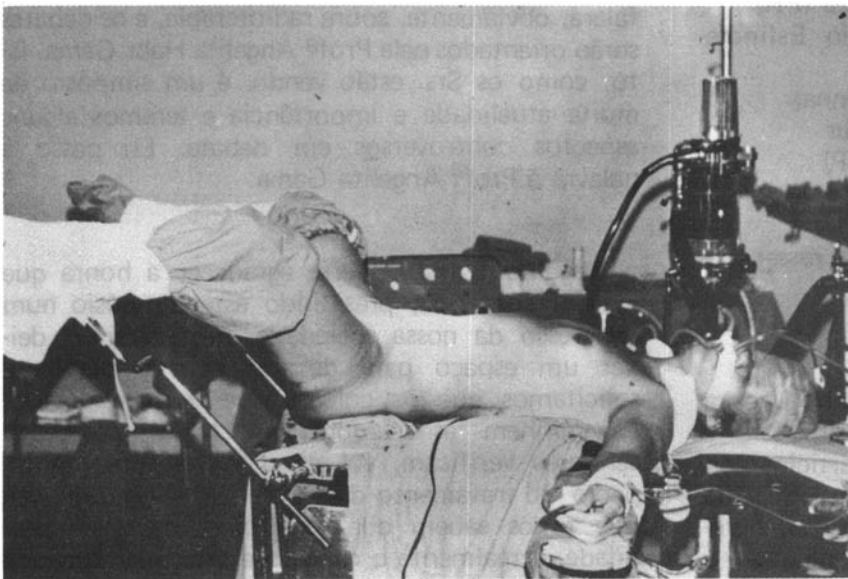


Fig. 1 – Paciente em posição para cirurgia com duas equipes em mesa cirúrgica comum.

às duas equipes. A colocação de um coxim na região sacra facilita a exposição do campo para a fase perineal do ato cirúrgico.

Fizemos um levantamento de 97 casos do Hospital Municipal Miguel Couto (10 anos) e do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (quatro anos), de lesões situadas abaixo de 10 cm. Não observamos diferenças quanto à incidência por sexo e idade em relação às estatísticas que vemos nos trabalhos de outros autores.

Dos 97 casos, foi feita amputação abdômino-perineal em 69, sendo 22 em tumores situados no canal anal e 47 no reto. Em 20 casos em que esta cirurgia foi feita a lesão estava entre 6 e 8 cm. Nenhum caso acima de 9 cm foi submetido a amputação do reto.

Lesões como esta (**Fig. 2**) não apresentam a nosso ver outra alternativa a não ser a amputação abdômino-perineal. Trata-se de tumor de alta malignidade, em paciente jovem, atingindo ânus, canal anal e 10 cm do reto.

Outra situação como esta (**Fig. 3**) em que a lesão está no reto, muito próxima da linha

pectínea – 2 cm. Outro caso representa uma lesão um pouco mais alta, mas ao exame, pelo toque retal e pela endoscopia, sentimos que era também baixa e apresentou dois adenomas abaixo do tumor.

Estes são exemplos de situações em que a amputação abdômino-perineal com colostomia definitiva está indicada. Quanto ao grau de crescimento dos tumores, vemos que, seguindo a classificação de Dukes, predominam as lesões avançadas. Tivemos somente dois casos, ou seja, 2,9% com lesões Dukes A., 40% Dukes B e 45% de Dukes C, ou seja, praticamente a metade dos pacientes já apresentavam invasão para linfonodos.

Quanto à feitura da cirurgia, fazemos previamente a marcação do local da colostomia, e de preferência laparotomia mediana ou paramediana direita. Quanto à fase perineal, em mulher ressecamos quase sempre a parede posterior da vagina. Em alguns casos fizemos esvaziamento pélvico posterior com excisão dos órgãos genitais da mulher.

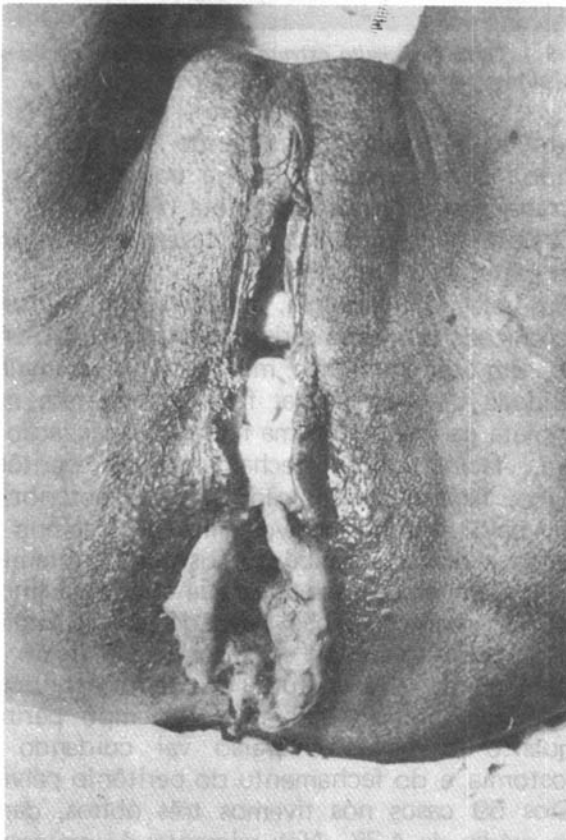


Fig. 2 – Carcinoma extenso de ânus, canal anal, invadindo 10 cm do reto.

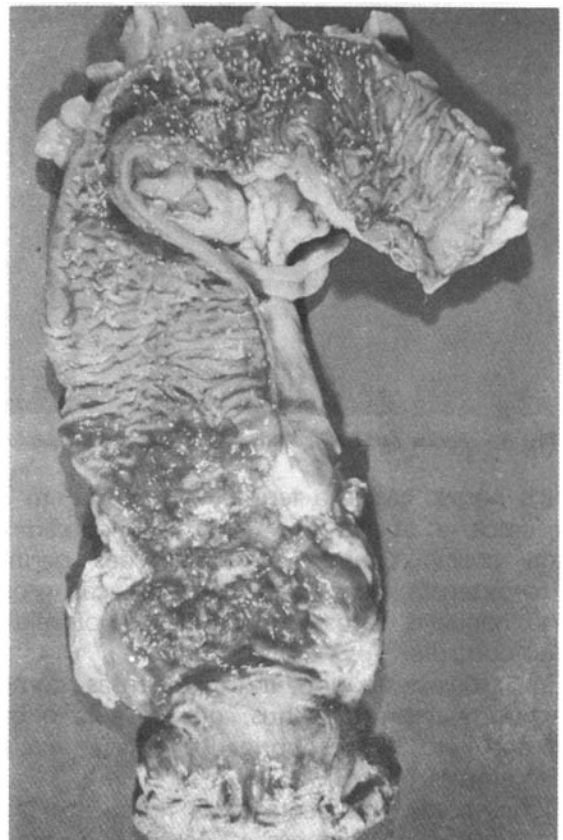


Fig. 3 – Adenocarcinoma do reto, com limite inferior da lesão a 2 cm da linha pectínea.

De um modo geral fazemos a cirurgia clássica, quando o paciente já apresenta invasão linfática; acreditamos que a complementação do tratamento com radioterapia e quimioterapia será mais benéfico ao paciente que as cirurgias muito extensas.

E, quanto ao tratamento na ferida perineal, nós quase sempre deixamos a ferida fechada. Deixamos uma sonda *three-way* numa abertura lateral, instituindo a lavagem, a irrigação com soro fisiológico, logo após a cirurgia. Com isto nós achamos que o resultado é melhor do que a ferida aberta (**Fig. 4**).

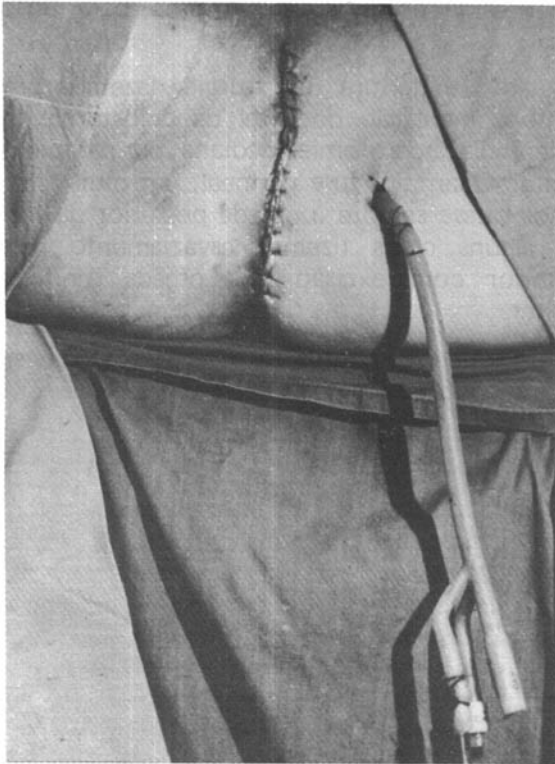


Fig. 4 – Ferida perineal fechada com dreno para irrigação.

Nos nossos casos, a ferida foi fechada em 73% dos casos e aberta em 24%. Nós deixamos a ferida aberta quando são ressecções perineais muito extensas, quando há contaminação grosseira ou naqueles casos em que há hemorragias de difícil controle.

Em lesões deste tipo, muito extensas, comprometendo margem de ânus, que invadia o canal anal e o reto, somos obrigados a fazer excisões muito amplas (**Fig. 5**).

Nestes casos, nós deixamos a ferida aberta; foi uma ferida muito extensa e não haveria possibilidade de se fazer o fechamento. Nestes casos também vemos que a cicatrização se faz de modo

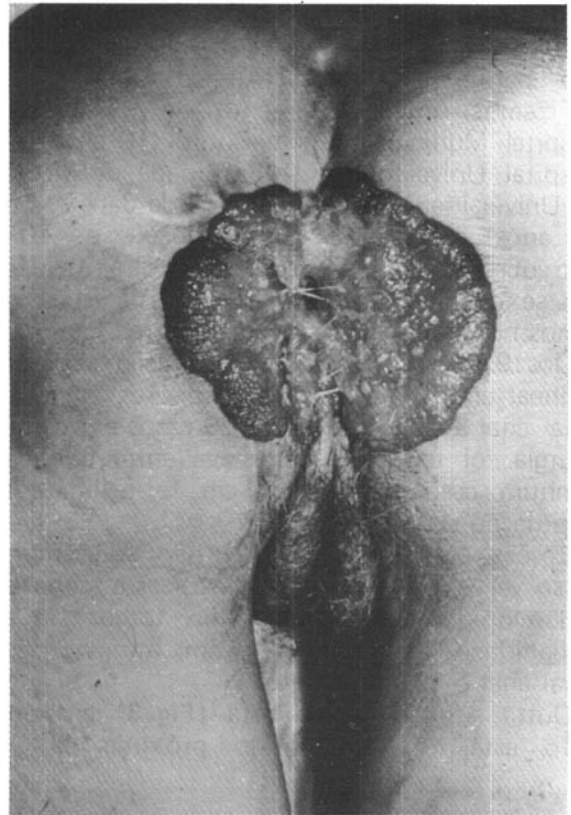


Fig. 5 – Carcinoma muito extenso, invadindo ânus, canal anal e reto, vulva e vagina.

muito bom, apenas demorando um pouco de tempo. Como vemos aqui, já com 75 dias de operada, a cicatriz está completa (**Figs. 6 e 7**).

Quanto à colostomia, nós fazemos colostomia com maturação precoce.

Em relação à cirurgia, achamos que a cirurgia sincronizada tem uma série de vantagens. Observamos um sangramento menor e uma melhor facilidade de hemostasia; facilita a exérese mais completa da lesão. Há uma melhor visualização da pelve, facilitando o fechamento do peritônio pélvico, facilita a liberação da parte anterior do reto, pelo mesmo motivo diminui o tempo da cirurgia e diminui também o risco de contaminação. Em conclusão achamos que a cirurgia sincronizada é melhor e, não havendo dois cirurgiões muito bem treinados, o próprio cirurgião do abdômen, após a feitura do tempo principal abdominal, pode passar para o tempo perineal enquanto o outro cirurgião vai cuidando da colostomia e do fechamento do peritônio pélvico.

Dos 69 casos nós tivemos três óbitos, dando uma média de 4,3%. Naturalmente, é uma casuística pequena e pode não refletir a realidade em estatísticas maiores.

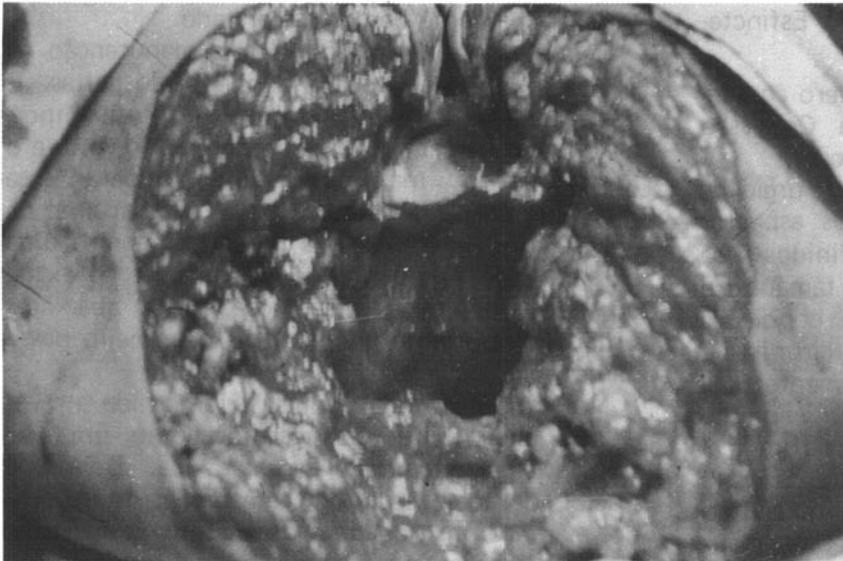


Fig. 6 – Extensão da ferida perineal. Exemplo de situação em que deixamos a ferida aberta, tamponada.

Quanto às complicações precoces, nós tivemos infecção da ferida perineal em 23%, infecção urinária em 20%, abscesso de parede em 18% retenção urinária em 7,2%, fístula uretral em 4,3% e outras complicações menos freqüentes.

Quanto às complicações tardias, predominou a recidiva pélvica e isso nos traz uma lição também importante porque sempre que se opera com duas equipes, a tendência é que o cirurgião menos treinado faça o tempo perineal.

Nós achamos que em se tratando de lesão baixa em que essa cirurgia é indicada devido às características do tumor, tumor fixo, tumor muito baixo, o tempo principal mais importante é o tempo perineal e o tempo perineal deveria ser

feito pelo cirurgião mais treinado, porque nós vemos que o mais freqüente é a recidiva ao nível da pelve.

Quanto ao nosso seguimento, nós temos dificuldade, como todos sabem, de fazer um bom follow-up e dos 66 casos, 27% desapareceram depois da alta e nós temos ainda um follow-up curto; foi feito um levantamento de poucos anos. Mas eu acredito que a estatística seja semelhante ao que nós vemos em estatísticas de outros autores, que dará no final uma média de sobrevivência entre 30 a 40% nesses pacientes.

Muito obrigado.

Angelita Gama: Muito obrigada, Dr. Joaquim. Passamos a palavra ao Dr. Fernando Souza, que

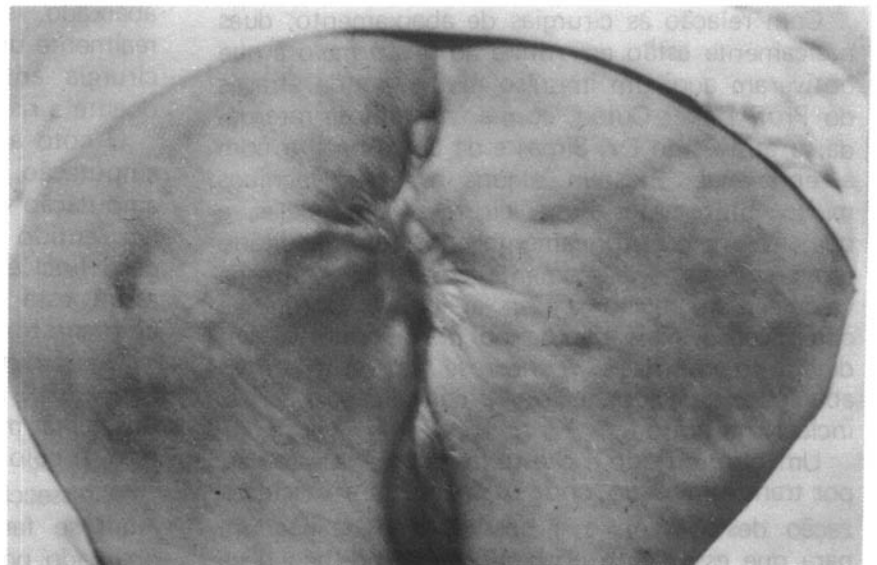


Fig. 7 – Sequência da figura anterior. Ferida com cicatrização completa no 75º dia.

irá falar sobre Técnicas de Preservação Esfincteriana.

Fernando Souza: Inicialmente eu quero agradecer a oportunidade que me deu a Comissão Organizadora de participar deste Congresso.

Nós vamos discutir os aspectos da cirurgia de abaixamento de tumores do reto. Os aspectos anatômicos já foram perfeitamente definidos pelo Dr. Joaquim, com relação à situação, tamanho e fixação do tumor, que são realmente condições importantes para se decidir sobre uma cirurgia de abaixamento nesta patologia. Principalmente porque, além dela ser uma patologia extremamente grave e cuja cirurgia deve ser a mais radical possível, ela é também, sob o ponto de vista técnico, ao nosso ver, uma cirurgia de execução relativamente difícil. Por isso às vezes os maus resultados dessa cirurgia não estão diretamente ligados à técnica, mas à execução desta técnica. Então é evidente que em casos mais avançados e baixos a cirurgia precisa ser mais radical, como uma amputação abdômino-perineal. Os aspectos mais importantes são no reto alto, na junção retossigmóidea, quando às vezes existe a possibilidade da execução da cirurgia de abaixamento.

Temos 3 possibilidades, quando os tumores se localizam nessa região, uma ressecção tipo Miles, uma anastomose anterior, ou as cirurgias de abaixamento. Quando a gente se entusiasma com uma técnica há uma certa tendência de tentar executá-la sempre, o que é extremamente perigoso, porque às vezes não existem condições de margem de segurança para evitar a recidiva do tumor. E a execução dessa cirurgia se torna extremamente perigosa.

Com relação às cirurgias de abaixamento, duas basicamente estão em rotina no nosso meio e que obtiveram aqui um impulso muito grande através do Prof. Daher Cutait, com a anastomose retardada, e através do Dr. Simas e da Dr^ª Angelita com a endo-anal. Existem alguns aspectos técnicos muito importantes nessa cirurgia. Uma delas, e que me parece fundamental no bom resultado dessa cirurgia, é exatamente o estudo da arcada vascular da região a ser abaixada, porque a complicação mais temida no pós-operatório sem dúvida nenhuma é a necrose do coto a ser abaixado, que poderá levar a complicações sérias, inclusive o óbito.

Um bom critério é o estudo da arcada vascular, por transluminação, onde os srs. vêem a vascularização deste cólon e a possibilidade da ligadura para que esse cólon abaixado até o períneo deva

ser extremamente bem vascularizado.

É importante que os srs. vêem a manutenção da arcada com as ligaduras aonde serão feitas. É evidente que, para essa cirurgia, é muito importante a nosso ver iniciar, não descolar o reto, e o tumor em si, mas basicamente preparar essa arcada, porque à medida que se trabalha na pélvis, com essa arcada já preparada, temos uma possibilidade muito grande de verificar se existe ou não viabilidade nesta alça a ser abaixada. Então é importante que isto seja o primeiro passo na cirurgia.

No tempo perineal, a alça é amarrada através de um mandril do retossigmoidoscópio, uma vez solta e perfeitamente vascularizada. Depois é tracionada aparecendo em camadas, o reto evertido e o cólon por dentro. O reto é aberto e através dele descerá o sigmóide, que será mantido como coto.

Um aspecto extremamente importante na vascularização é marcar a região que vai até o períneo sem tração e sem tensão, porque é evidente que nós precisamos ter certeza de que o coto a ser abaixado desceu sem tração e sem tensão e com vascularização absolutamente perfeita. Então a colocação de um fio nos permite ver o limite até onde esta região está perfeitamente vascularizada.

O coto retal fica exteriorizado aproximadamente de 10 a 15 dias. Habitualmente, quando ele está bem colocado, nós esperamos um prazo médio de 12 dias, quando fazemos, então, a amputação deste coto. O que não pode acontecer é um coto com necrose no pós-operatório imediato, por uma falta de irrigação deste colo a ser abaixado. Isto necessita um reabaixamento, que é realmente uma cirurgia tão grande talvez quanto a cirurgia anteriormente realizada, e que expõe o doente a riscos enormes.

O coto adquire uma celulite até a época da sua amputação, aproximadamente 10 a 14 dias. A amputação está sendo realizada e os pontos dados em sentido radial entre o reto e o colo. Depois o coto final é recolocado através do orifício anal. E assim está realizada a técnica de abaixamento com anastomose retardada.

Uma outra técnica, que é o abaixamento endo-anal, basicamente retira a parte tumoral, resseca a mucosa do reto e traz, através desse reto, o colo a ser abaixado.

A ressecção da mucosa é feita por via orifical. Aqui se fará o acolamento. No final o coto é abaixado por dentro do reto descascado e o coto

excedente será amputado. Em média nós esperamos um pouco mais do que 14 dias. Basicamente nós fizemos a amputação no 18º dia, para esperar uma melhor coalescência e evitar complicações como fístulas, por exemplo, que são extremamente desagradáveis.

O importante é sempre ter uma boa margem de segurança para garantir o tratamento adequado do tumor.

Nós temos atualmente 433 casos operados. Esses casos foram tratados não só no Hospital de Clínicas da Universidade do Paraná, mas nos nossos serviços fora, ou pelo Dr. Sergio Brenner ou por mim. E destes selecionamos os 97 casos que nos interessam basicamente com relação à possibilidade de uma anastomose, uma cirurgia conservadora através de abaixamento.

Na região da junção retossigmóidea nós fizemos a retossigmoidectomia com abaixamento endo-anal em 18 casos, portanto 18,8% e em quatro casos a anastomose retardada, num total de 4,1%.

Quatro abscessos cólicos e uma estenose, que foi resolvida clinicamente. Com relação ao reto, a maioria sofreu amputação abdômino-perineal, a grande maioria totalizando 63,1%. E como opções cirúrgicas no reto, fizemos dois abaixamentos endo-anais, que deram recidiva precoce, porque realmente nós, talvez entusiasmados, não obedecemos o princípio básico da preservação maior de margem de segurança, razão pela qual nós não fizemos mais o abaixamento endo-anal na cirurgia do reto e sim na retossigmóide, como nós mostramos anteriormente.

Algumas complicações levaram ao óbito, nas anastomoses retardadas em geral, não especificamente do colo, mas com as complicações habitualmente descritas por aqueles que têm experiência nesse tipo de cirurgia.

Na necrose do coto abaixado realizamos re-abaixamento em três casos com boa evolução, porém em três casos levaram a óbito, um necessitou colostomia. Nas necroses parciais com a conduta expectante, a situação se resolveu na maioria, porém um necessitou de uma transversoestomia. Portanto, os srs. vêem que é uma complicação extremamente temida e que deve ser evitada, porque aí sim, o número de óbitos aparece com maior frequência. E isso, com certeza, não se deve à técnica, mas sim ao técnico que a realizou.

As estenoses, tratamos com dilatação digital em quatro casos e retotomia em dois. As causas da estenose são realmente um problema do técnico.

Nós queríamos ainda mostrar, como o Dr. Joaquim, os nossos resultados de sobrevida, com as dificuldades próprias do nosso *follow-up*. Nós temos uma sobrevida maior do que cinco anos em 36% dos casos, e óbitos até cinco anos, 64, o que na realidade se equivale às outras estatísticas nacionais.

Muito obrigado.

Angelita Gama: Muito obrigado, Dr. Fernando. Os senhores verificam que nós estamos chegando num ponto de discussão para o tratamento de câncer de reto. De um lado, a amputação clássica e daqui para a frente as operações de preservação do esfíncter. E começarão a surgir dúvidas, uma vez que três dos nossos colegas falarão sobre o mesmo item, que seria o ideal de todo cirurgião, conservar o sistema esfíncteriano no câncer de reto. Isto é realmente a condição ideal, que agrada ao cirurgião, porém nem sempre é possível. E os senhores verão que algumas vezes não é possível por causa das condições oncológicas, outras devido às condições próprias dos doentes — obesidade, idade e outras doenças concomitantes. E dentro das técnicas de conservação esfíncteriana, muitas delas têm pontos em comum e algumas diferem em detalhes importantes.

O Dr. Fernando nos mostrou duas operações clássicas de abaixamento para tratamento do câncer de reto e os senhores vão ouvir agora o Dr. Moreno Gonzalez, da Espanha, que falará sobre conceituação e indicação de uma ou outra técnica, e mostrará detalhes técnicos de uma operação usando sutura mecânica, uma técnica útil para as anastomoses muito baixas.

Moreno Gonzalez. Muito obrigado. Quero agradecer a todos os organizadores deste congresso o convite que me permitiu estar aqui com os senhores e, também da agradável surpresa de ver o sucesso deste simpósio.

Existe uma série de fatores que nos interessam para que possamos compreender em que proporções podemos realizar uma ressecção anterior baixa; dentre essas devemos recordar, claro, os fatores histológicos e também que existem indicações para a ressecção local de um tumor que são muito características porque, dependendo da extensão e da difusão tumoral da malignidade histológica, da localização do tumor e também da idade do paciente, verificaremos que essas lesões, nos casos em que a ressecção local é a indicada, devem ter menos de 3 cm, ser móveis e bem

diferenciadas, localizadas principalmente na parede posterior do reto ou na parede lateral, devem ter uma consistência mole e para sua realização, é preciso que haja um certo risco na aplicação da anestesia geral ou de uma intervenção maior. Quer dizer que a combinação desses itens nos daria as condições locais, histológicas e físicas do paciente porque, sempre que pudermos fazer uma ressecção extensa, esta deverá ser feita.

O mesmo que se passa com a exérese local, há muitos anos já foi descrita com a eletrocoagulação, especialmente por John Leo Maden que foi quem mais trabalhou no assunto e Jot Mason com a ressecção local.

A eletrocoagulação não leva em consideração a difusão linfática, e evidentemente, é uma técnica insuficiente para o tratamento cirúrgico desses tumores. É evidente que a ressecção local um pouco mais extensa seria a ideal, mas não é possível realizar uma ressecção segmentar em tumores que tenham mais de 3 cm. Para nós, existe uma série de fatores para a indicação de uma ressecção anterior, fatores de ordem geral, como a existência ou não de metástase à distância, de distúrbios vasculares que venham a afetar o segmento intestinal que vamos utilizar, que o paciente não tenha sofrido intervenções anteriores e, mais freqüentemente, no sexo feminino onde o septo vaginal não tenha sido afetado. Quanto aos fatores locais, como é lógico, são importantes a distância que vamos ver e analisar, porque para nós isso é um dado muito importante, o tamanho do tumor e, principalmente, se afeta ou não toda a circunferência retal, infiltração e profundidade que afetarão ou não o espaço perirretal, que haja ou não adenopatias perirretais no trato retal e, logicamente, a existência de maior ou menor diferenciação histológica. Ainda assim, existem tumores que poderiam ser tratados por meio de uma ressecção anterior baixa mas que, devido à extensão do tumor, e também porque afetam o espaço perirretal devem ser tratados por meio de amputação. Além disso, temos aqueles pacientes que apresentam um tumor maligno dentro de uma área de adenoma veloso superficial muito extenso. Nesse caso, podemos praticar a intussuscepção por ser um tumor não muito maligno. Existem outros tumores que por serem duplos nos obrigam a uma amputação; também os casos em que os órgãos vizinhos estão afetados, nos obrigam a fazer uma exérese que, por outro lado permitiria a ressecção anterior baixa, ficando esta a nosso critério, uma vez que nesses casos a

existência de uma fístula reto-vaginal é muito freqüente.

Evidentemente, o que mais nos interessa na ressecção anterior baixa é considerar o limite dessa ressecção, por isso já foi dito anteriormente que sua realização é mais freqüente nos tumores que se localizam no retossigmóide, mas para nós, não, pois estamos falando de câncer de reto e não de câncer de cólon ou de retossigmóide. Por isso, em casos de câncer de reto, temos que lembrar que o que vai nos interessar, com relação ao limite da ressecção, é a distância entre o limite inferior do tumor e o limite daquela secção. Está claro que a recidiva também está relacionada a essa distância. Ela é excepcional quando os tumores se encontram em uma margem maior do que 7 cm e a possibilidade de recidiva aumenta conforme vamos nos aproximando do limite inferior do tumor que, por sua vez, é mais freqüente nas lesões distais e, conseqüentemente, menos freqüente nas localizações do terço superior do reto, que é menos freqüente nas lesões ulceradas e nas exofticas e mais freqüente nas indiferenciadas do que nas diferenciadas; esta é mais baixa nas muito diferenciadas que, logicamente, é mais alta quando afeta toda a parede retal e é mais freqüente quando existe invasão ganglionar e muito freqüente quando afeta os órgãos próximos.

Neste caso, quando se praticava a ressecção anterior baixa, porém com anastomose manual, por motivo de conforto para o cirurgião, a secção se fazia sempre no limite da ressecção que era menor porque necessitávamos ter mais acesso à cavidade endopelviana e, por isso, o limite freqüentemente era inferior aos 4 cm, o que, para nós, é uma distância pequena. Por outro lado, com a anastomose manual — em uma consulta feita a um trabalho de 12 autores que realizaram mais de 3.800 ressecções anteriores, 13,6% desses enfermos apresentavam deiscência anastomótica e a mortalidade foi de 16%. Isto quer dizer que anteriormente era usada com mais freqüência do que agora.

Em um grupo de pacientes que apresentou uma sobrevida superior a cinco anos — onde se pode ver que, graças a Deus, a mortalidade entre esses pacientes é bastante baixa — nós realizamos 40% de colostomias de proteção, sem mortalidade, isto é, 76 pacientes e a localização era sempre no reto, com recidiva local de 3,4%. Antes, quando não se podia realizar a anastomose endopelviana,

utilizávamos o mesmo argumento usado para as crianças, a técnica de Swenson com anastomose direta no mesmo ato operatório, para, depois, introduzir um coto dentro do espaço retal. Isto somente diz respeito a dois pacientes, porque logo depois surgiu a técnica dos *staplers*, das anastomoses instrumentais e nessa época, tínhamos 12 pacientes, com localizações semelhantes à anterior, fístula anastomótica somente em um caso, óbito devido a embolia pulmonar em um caso e recidiva local somente em 8,3%, que é praticamente o mesmo resultado anterior.

A intussuscepção é uma técnica antiga, porém muito importante. Harry Bacon foi quem mais trabalhou com ela. Nessa técnica freqüentemente conservamos a artéria cólica esquerda, o tronco com seu ramo ascendente e descendente, principalmente o ascendente, para se conservar um bom pulso a nível marginal e uma boa irrigação vascular.

Usamos a técnica de Bacon em apenas 10 casos até agora, com um único óbito, 10%, mas esses números não têm importância estatística por ser um número muito baixo; a recidiva em 5%, depois de dois e de quatro anos e a mortalidade à distância está neste nível. O mais importante nestes pacientes foi a continência que, para nós, foi ótima, depois de seis meses da intervenção. Também para outros autores, especialmente Bacon, a continência, o bom funcionamento do esfíncter, foi o mesmo apresentado por Black e por Jups, e isto quer dizer que é uma boa técnica, confortável para o enfermo e, portanto, pode ser utilizada.

Já na época dos *staplers* usamos de preferência, e em princípio, o SPTU que é o sistema russo e que, insisto, era o mais favorável na realização de anastomoses mais baixas. Nesse procedimento é também importante lembrar que embora não tenhamos uma linfadenectomia muito rigorosa, ele nos permite, quando não existe uma artéria cólica boa, ou uma boa arcada marginal, depois de grampear a artéria mesentérica superior e conservar a artéria cólica esquerda, ver como está a vascularização do segmento distal; se a vascularização for boa, então, liberamos a arcada marginal conservando a mesentérica inferior e a cólica esquerda para que a irrigação distal seja suficiente.

Com a técnica instrumental, durante esses cinco anos, temos anastomoses colorretais e coló-anais e vemos que foram feitas mais colo-anais. Há mais ainda, como o EEA, o sistema americano, a fístula anastomótica é semelhante à manual,

praticamente 9,6%, mas as anastomoses sempre foram mais baixas; por outro lado, com o SPTU, o número de fístulas anastomóticas foi mais elevado, embora não seja significativo por serem poucos os casos. Já a recidiva local foi baixa, praticamente a metade porque evidentemente a ressecção também é mais extensa e o grau de mortalidade nas de cólon por choque séptico e por fístulas na colorretal foi zero.

Após a dissecação do reto, a liberação é perfeita, toda a gordura perirretal é retirada, e colocamos o clamp descrito por Kerr, modificado por Surgical Instruments. A vantagem deste clamp é que tem a alavanca oblíqua e portanto facilita a introdução da agulha.

Esta é colocada nos dois sentidos do clamp para formar uma sutura tipo bolsa. Seccionamos o coto com a tesoura, que permite um corte mais reto que o bisturi.

Dilatamos em seguida o ânus para introduzir o instrumento por completo, após limpeza do reto com uma solução iodada; estamos tão baixo que o instrumento não pode penetrar totalmente, fica na altura da secção retal. A cabeça do aparelho é passada através da sutura feita no coto retal, a parte distal afastada da proximal e colocada dentro do cólon abaixado, previamente preparado com sutura através do clamp de Kerr, como descrito no coto retal. Usamos para isto fio de seda com vaselina. Ressecamos o segmento do cólon redundante com a extremidade grampeada, retiramos o clamp e o distendemos.

O problema do EEA — que era exatamente a vantagem do sistema russo — é que o aparelho às vezes passa com mais dificuldade, devemos usar lubrificante. Aproximamos os dois extremos pela parte de fora, até a medida correta, é importante que se tracione a margem do mesocólon para que não se inclua nenhum apêndice epiplóico e também a arcada marginal entre as duas partes da sutura. Agora, com o aparelho fechado disparamos o dispositivo, afastamos as duas partes da cabeça e extraímos a parte distal com cuidado através da sutura completada.

Esta manobra deve ser feita com cuidado porque ao contrário, a tração mais forte pode rasgar algum grampo. Agora introduzimos o dedo e separamos — esse é o nosso hábito — a zona grampeada do que nós chamamos de guarda-chuva, o extremo superior da máquina de grampear.

Observamos os anéis, que nem sempre saem simétricos; o importante é que não haja nenhuma

secção em nenhum deles e, obviamente, que o fio não se corte. Tocamos a anastomose; se houver algum problema temos que fazer toque combinado.

Muito obrigado.

Angelita Habr Gama: Agradecemos ao Dr. Moreno Gonzalez pela bela exposição do seu trabalho com as anastomoses mecânicas baixas.

Ouviremos agora a palavra do nosso radioterapeuta, Dr. Honorio Chiminazzo, aqui de Campinas, que falará sobre as vantagens da radioterapia no tratamento do câncer de reto.

Honorio Chiminazzo: Eu queria inicialmente agradecer aos organizadores do congresso por permitirem que se formasse mais ou menos um granuloma de corpo estranho aqui entre vocês, já que todos vocês são cirurgiões e obviamente um radioterapeuta é um pouquinho diferente dentro do esquema. Mas eu realmente não me sinto como um granuloma de corpo estranho, muito pelo contrário: cada vez mais eu me sinto integrado dentro de um grupo, de uma equipe que procura melhores resultados no tratamento do câncer de reto. E é por isso, obviamente, que nós estamos aqui numa tentativa de mostrar algumas idéias e razões de por que nós estamos cada vez mais fazendo parte do grupo que trata câncer de reto.

A nossa experiência ainda é, obviamente, pequena, já que no Brasil e especificamente aqui em Campinas, a indicação de irradiações dos tumores de reto tem sofrido discussões bastante acirradas. Nós vamos mostrar, na nossa clínica, a incidência do câncer de reto que forma, por alguma razão, apenas 2% do contexto de todos os casos de câncer que nós vimos durante o período de 1977 a 1981. E destes 103 pacientes, apenas cinco foram para fazer estadiamento clínico. Um teve indicação de radioterapia exclusiva, nós vamos falar dele depois, 31 radioterapia pré- e 51 pós-operatória. Quinze foram apenas para radioterapia paliativa. Então, nós já definimos as possibilidades que a radioterapia tem de ser exclusiva, pré- e pós-operatória ou paliativa.

Na radioterapia paliativa, temos em torno de 69% de casos com melhora de sangramento e quase metade dos casos recebendo algum benefício, isto é, aqueles casos em que não há mais nenhuma possibilidade de cura para o paciente.

A radioterapia radical como tentativa de curar mostra que só 14% dos pacientes conseguem

chegar a cinco anos de sobrevida. Então nós já concluímos daí que radioterapia exclusiva para os cânceres avançados não é um bom tratamento.

Uma radioterapia intracavitária foi descrita e divulgada por Papillon, e realmente necessita de uma seleção muito grande dos casos. São lesões pequenas, nódulos e infiltrações. A vantagem desse tratamento é que é feito ambulatorialmente, não envolve anestesia geral, não é difícil de executar desde que o grupo de radioterapia esteja preparado para isto. A nossa experiência nesta situação é muito pequena. Nós fizemos até hoje apenas três casos e o problema é que a indicação desta terapia não depende de nós e sim do cirurgião. Felizmente esses casos estão indo muito bem, embora o tempo de seguimento ainda seja pequeno. O maior seguimento que nós temos, foi de apenas dois anos. Mas a paciente está bem, assintomática e sem evidência de doença.

Na literatura, encontramos excelentes resultados em relação a esse tipo de tratamento. Obviamente também não é a solução, porque são situações excepcionais. Numa revisão da literatura nós vamos encontrar coincidências com o exposto pelo Dr. Joaquim Ferreira e o Dr. Fernando de Souza em relação à recidiva e sobrevida. A sobrevida está entre 30 e 40% para todos os casos de câncer de reto quando analisados juntamente. Se nós formos olhar mais atentamente o que acontece com esses pacientes, nós vamos ver que a incidência de doença pélvica recorrente é de 15 a 20% na maioria das estatísticas, apenas incidência e recidiva local. Se nós formos juntar alguns desses casos, podemos eventualmente especular que, antes de ter doença a distância, houve uma recidiva local. Talvez esse número aumente um pouco, mas de qualquer maneira nós estamos conversando em torno de 20% de pacientes que vão ter recidivas locais.

Obviamente essas incidências de recidivas locais aumentam à medida que o estadiamento também é mais avançado. Nos estádios iniciais não só o índice de recidivas locais é menor, como também a sobrevida é maior.

Resumindo temos o que acontece de um modo geral com os pacientes com tumores de reto: 40% não têm evidência de tumores após cinco anos, doença intercorrente em torno de 10%, metástases a distância 15%, recidiva pélvica em torno de 15% e metástase mais recidiva em torno de 20%. Com algumas variações, esta é a média encontrada na literatura mundial e é, conseqüentemente, também no Brasil.

Concluimos então, que nos estádios iniciais, provavelmente não se precisa fazer mais nada além da cirurgia, porque nós temos uma sobrevida de 90 a 100% na maioria dos casos e uma incidência baixa tanto de recidiva local como de metástases a distância. Então, nos estádios iniciais, o tratamento cirúrgico é absolutamente satisfatório para o resultado final. À medida que nós vamos avançando no estadiamento, nós já vamos encontrando um índice muito maior de recidivas locais e de metástases a distância, sugerindo a necessidade de algum tratamento complementar para esses pacientes.

Podemos fazer uma radioterapia pré-operatória que tem como vantagem células bem oxigenadas, conseqüentemente com resposta à radioterapia melhor, o volume a ser irradiado também é menor do que no pós-operatório, e parece que existe alguma evidência que realmente a circulação de células neoplásicas desvitalizadas pela radiação diminui as incidências de metástases a distância. Ela vai dar uma redução do volume tumoral, eventualmente facilitando as condições cirúrgicas, mas têm como desvantagem a alteração do estadiamento — desvantagem do ponto de vista para estudos posteriores em relação à eficácia da radiação.

Um fator muito importante é a dose de radiação. E nós sempre dizemos: radioterapia, do ponto de vista amplo, é como cirurgia. Falar que se fez uma cirurgia não diz nada a não ser quando se define as condições e as técnicas em que essa cirurgia foi realizada. Radioterapia é a mesma coisa. Dizer que fez radioterapia não define nada, a não ser que se descrevam as condições técnicas dessa radioterapia, para que ela possa ser avaliada no contexto do tratamento.

Uma outra série mostra que, em vários graus de radiação, a sobrevida desse paciente vai aumentando à medida que se aumenta a quantidade de radiação na pélvis. A outra indicação de radioterapia pré-operatória está naqueles casos em que os tumores eram inicialmente irressecáveis. Existe uma série grande de autores com a opinião de que uma dose de 5.000 rads transforma, na sua maioria, tumores irressecáveis em ressecáveis, dando então condições aos pacientes de receberem o tratamento cirúrgico que é, sem dúvida, o melhor para os doentes de câncer de reto.

A outra possibilidade é de se fazer radioterapia pós-operatória, que não altera o estadiamento, e tem conseqüentemente uma melhor seleção de pacientes, já que os pacientes nos estádios iniciais

não precisam de nenhum outro tratamento a não ser o cirúrgico. Então há uma seleção melhor desses pacientes, porém há necessidade de radiação maior, porque nós teríamos que irradiar a pélvis e o períneo para que haja a cobertura de toda a região em risco. Porém existe a vantagem de sabermos eventualmente as áreas de maior risco e aumentar a quantidade de irradiação nessas áreas.

É óbvio que, à medida que aumentamos a dose, aumenta a possibilidade e a probabilidade estatística de complicações pélvicas. Mas é necessário que se chegue a um compromisso entre a quantidade de irradiação e o resultado que se obtém. Hoje os grupos americanos estão fazendo um protocolo que parece ter razões teóricas muito boas. Nós não conhecemos ainda o resultado dele, mas propõe uma dose baixa de radiação pré-operatória, e na cirurgia é feito o estadiamento patológico, que não é alterado por essa pequena dose de radiação, já que essa dose vai apenas desvitalizar as células, sem outras alterações e a cirurgia é feita logo em seguida, após a radiação. Depois os pacientes são divididos em dois grupos: aqueles de estadiamentos iniciais que não necessitam de tratamento complementar e aqueles de estadiamento mais avançado nos quais se acrescenta uma radioterapia pós-operatória. A esse esquema, nós temos duas restrições: 1º, nós pessoalmente achamos que essa dose é baixa para uma radioterapia pré-operatória. Gostaríamos de ter elementos com uma dose um pouco mais alta, em torno de 1.000 rads no pré-operatório e também no pós-operatório em torno de 5.000 rads em cinco semanas. Teoricamente, pelas noções que nós temos de radiobiologia hoje, acreditamos que possa haver vantagens sobre o esquema proposto no protocolo americano.

Muito obrigado.

Angelita Habr Gama: Muito obrigado Sr. Honório Chiminzio pela sua exposição sobre radioterapia no tratamento do câncer do reto.

Ouviremos agora o Sr. Indru Khubchandani que nos falará das anastomoses mecânicas e ressecções locais.

Anastomose mecânica, ressecções locais

Indru Khubchandani: Muito do que vou dizer agora, senhoras e senhores, já foi dito anteriormente e assim haverá bastante duplicação. Vou lhes falar sobre os refinamentos da anastomose mecânica o que, creio, tomará todo o tempo

disponível e deixaremos a excisão local para os debates, se houver tempo.

Fui informado que a maioria dos cirurgiões aqui presentes está familiarizada com a anastomose mecânica por grampeador e também sei que há alguma dificuldade em se obter aqui esse equipamento, mas os senhores conhecem bem como o instrumento deve ser usado, já fizeram uso dele e talvez eu possa lhes dizer alguma coisa sobre alguns pequenos truques, aprendidos nas diversas viagens que fiz.

Entretanto, não pretendo aborrecê-los com estatísticas, porque uma vez um homem sábio, um guru, me disse: "Se as estatísticas não apóiam o seu ponto de vista, obviamente você vai precisar de mais estatísticas". Então, vamos esquecer as estatísticas por enquanto e falar sobre alguns tipos práticos de ginásticas usadas em salas de cirurgia. Há alguns meses foi colocado no mercado americano um *stapler* de haste curva. Fui informado que não é muito comum neste país, mas é um instrumento muito útil, especialmente nos pacientes do sexo masculino, portadores de um sacro curto e curvo, e também quando os senhores estiverem reconstruindo um Hartman, uma anastomose pós-Hartman, quando o reto é fixo no sacro e não se consegue usar um instrumento reto e rígido.

Este instrumento é muito útil e creio que vou lhes mostrar uma fotografia, caso alguém ainda não esteja familiarizado com ele.

Creio que se alguém estiver realizando uma anastomose mecânica ou uma abdominal-perianal combinada e sincrônica, é muito importante que o cirurgião ou um assistente em quem ele confia, posicione o paciente. Todos os nossos pacientes portadores de um carcinoma de reto 15 cm ou menos acima da margem interna são colocados com os membros inferiores nas pernas, em seguida mobilizamos o reto e fazemos a escolha do procedimento a ser utilizado. Temos a flexibilidade de poder fazer uma anastomose mecânica, uma anastomose manual, podemos fazer uma operação endo-anal ou uma abdômino-perineal. Então, acredito que a posição do paciente é da maior importância.

A posição de Trendelenburg é nossa preferida para a maior parte dos pacientes com lesões baixas. Usamos uma almofada para o sacro, comprada por mim do Professor Gall, em Erlangen, um pequeno truque de grande utilidade para elevar a parte pélvica dos pacientes e facilita a operação perianal.

O paciente deverá ficar bem elevado e também em abdução exagerada, para que haja bastante espaço para o cirurgião. A instrumentadora fica de lado, enquanto ele trabalha sentado de uma forma sincrônica combinada.

Para nós é um ponto muito importante chegar ao espaço direito do pré-círculo no promontório do sacro. Elevamos o cólon sigmóide, e continuamos a dissecação até um plano onde se pode deixar para trás o plexo simpático e o perissimpático. Se os senhores quiserem preservar o reto — e é muito importante essa preservação — também devem preservar o suprimento de nervos.

Uma vez escolhido o nível da secção do reto, o local deve ser duplamente clampeado de forma rotineira porque apesar dos preparativos, quando se está mobilizando o reto, sempre fica algum material fecal residual no coto, nós clampeamos no períneo e em seguida pedimos ao operador do períneo que lave o coto distal ou com uma substância salina ou com nódroxiperclorina, que vem sendo usada há algum tempo em St. Mark's. Não creio que faça muita diferença, acho que água pura ou uma solução salina tem o mesmo efeito. Mas isto tira o material residual do esfíncter, embora sempre introduzimos um tubo retal quando o paciente sai da sala de operações.

Gostaria de falar agora um pouco mais sobre os 5 cm de margem, porque já se tem dito que o grampeador mecânico compromete os nossos princípios na cirurgia. Há muitos e muitos anos atrás, um critério foi colocado em cirurgia, estabelecendo que 5 cm é a margem que todos devemos preservar. Agora, quando vinha de Nova York para o Rio, trouxe algum material de leitura, e li nos Anais de Cirurgia, do número de agosto de 1983, o Dr. Pollock e o Dr. Nichols, do St. Mark's — o Dr. Pollock é do Canadá — escrevendo sobre a relação existente entre a extensão do espaço distal e a sobrevivência dos pacientes. Creio que isto é muito importante porque nunca antes — pelo menos, no que pude ler até hoje — isto havia sido dito com tanta clareza. Sempre tínhamos um pouco de dúvida se uma margem de 2 cm seria o suficiente para uma operação de câncer.

Nesta série de St. Mark's, foram feitas três séries de 344 pacientes, um grupo com uma margem e um espécimen fixo — de 2 cm ou menos. O próximo grupo era de 2 a 5 cm, e o terceiro de 5 cm ou mais. Não houve diferença na sobrevida de cinco anos entre os três subgrupos.

Seria muito importante que isso fosse corrigido na classificação de Dukes, no que diz respeito ao

grau histológico e também à extensão da difusão local. O Professor Goligher, em 1951, realizou extensos estudos com aproximadamente 3.000 espécimens e reportou que somente 6,5% de seus 1.500 pacientes apresentaram uma difusão retrógrada e somente 2% 2 cm. Em outras palavras, de 98% de seus pacientes tirou-se mais intestino do que realmente era necessário, e talvez muitos pacientes foram submetidos a colostomia quando o esfíncter poderia ter sido preservado, se quisermos acreditar que a margem de 2 cm é suficiente.

Também interessante é o estudo de Pollock e Nichols; eles descobriram que houve uma recorrência um pouco mais elevada, recorrência local, nos pacientes que tinham menos de 2 cm de margem, mas esses eram pacientes que tinham tumores graduados como Duke C ou que os linfáticos proximais estavam completamente bloqueados. Como os senhores sabem, o fluxo linfático é para a frente e para cima e somente quando está bloqueado é que se recomeça o fluxo retrógrado. Bem, esses pacientes não têm mesmo cura e por isso não sei se vale a pena tirar mais do que 2 cm de margem. Eu, pessoalmente, estou inteiramente convencido de que talvez 2 a 3 cm de margem é suficiente para preservar o esfíncter e salvar o paciente de uma colostomia.

Deveremos realizar histopatologia por congelação? Não creio que tenha importância, a menos que se encontre um linfonódulo que esteja no mesentério retal, caso contrário, na nossa prática, não fazemos.

Nós não praticamos a linfadenectomia profilática de rotina dos pacientes.

Creio que a literatura tem concluído que o tempo, o esforço, a morbidade e a mortalidade que acompanham a linfadenectomia pélvica provavelmente não justificam esse esforço cirúrgico.

No que diz respeito à técnica *no touch* que Turnbull popularizou, eu ainda creio que os bons resultados apresentados pelo Dr. Turnbull não foram resultado da técnica *no touch* mas devido à grande largura do mesentério e do intestino. E nas séries do Memorial, o Dr. Stern mostrou que tinham as mesmas taxas de sobrevivência de cinco anos, na faixa de 50% no Duke C, sem a utilização da técnica de *no touch*.

O mesentério retal é extremamente importante. Eu penso que há um comprometimento quando se faz uma ressecção anterior baixa e não chega a uma perpendicular. Algumas vezes, os senhores verão um tumor localizado no espaço retrorretal.

Na maior parte das vezes, se os senhores entrarem no plano certo, não terão nenhum tumor residual. Nestes casos, não se deve tentar preservar o reto, porque não há realmente bastante segurança.

O Dr. Gonzalez mostrou que é importante a ligação alta da artéria mesentérica inferior, ele faz uso dela e nós também. Não fazemos uma divisão separada da veia mesentérica inferior, parece-nos importante amarrá-las separadamente. Nem sempre mobilizamos a curvatura esplênica, somente quando achamos que não existe bastante cólon sigmóide. Quanto a metástases hepáticas nós as retiramos durante o ato cirúrgico, especialmente no lóbulo esquerdo. Quanto ao lóbulo direito, voltamos ao local três semanas depois ou um pouco mais, para fazer uma ressecção, do contrário, entramos com uma bomba de infusão.

Quanto à colostomia transversa, nos primeiros 50 casos, fizemos 10 e nos 50 seguintes, fizemos cinco. Então, estamos aprendendo a cada vez usar menos colostomia transversa. Se encontrarmos uma deiscência, podemos consertá-la de forma transanal. Muitas vezes, colocamos um cateter transanal e deixamos ali como uma descompressão perineal. Costumamos colocar dreno.

Muito obrigado.

Angelita Habr Gama: Muito obrigada pelo cumprimento do horário. Queria apenas fazer dois comentários rápidos e passar a palavra ao Sr. Presidente: os srs. viram, as tendências no mundo inteiro são para conservar o reto sempre que possível, e são muitas as técnicas usadas para tal. Muitas são importantes e passíveis de serem usadas. Mas, algumas técnicas de anastomose baixa requerem, para a segurança delas, a feitura de uma colostomia de proteção. Queria apenas comentar, que eu *não* conheço o trabalho do Dr. Moreno, e dizer que as anastomoses baixas colo-anais que faz, ele protege sistematicamente com uma colostomia, uma vez que nós sabemos que essas anastomoses são muito sujeitas a risco. Essas técnicas são feitas na tentativa de substituir as operações de abaixamento com as quais nós no Brasil estamos muito familiarizados. Então resta a questão, já posta pela conferência do Dr. Daher, aqui, para aqueles que têm experiência em operações de abaixamento. É realmente mais válido fazer uma operação de abaixamento em que permanece uma colostomia perineal ou se fazer uma anastomose muito baixa?

Pessoalmente preferimos as operações de abaixamento para casos selecionados. Essas operações ainda, nas nossas mãos, seguramente substituem

côm vantagens as anastomoses colo-anais para tratamento de câncer de reto.

Todos os expositores mencionaram muito bem os cuidados que se deve ter tanto nas operações para amputação do reto quanto para as operações de abaixamento. Queria comentar o que falou o Dr. Indru sobre as tendências que se tem no mundo inteiro, de deixar cada vez menos margem distal, apesar dos trabalhos clássicos da literatura chamando atenção para 2 a 5 cm. E eu acredito que muitos dos cirurgiões estão ligados aos 2 cm, mas esses 2 cm são de parede retal. É importante que os cirurgiões que se propõem a fazer uma cirurgia de ressecção anterior ou abaixamento, entendam que esses 2 cm que hoje são aceitos no mundo inteiro se referem à parede do reto. Entretanto, ressecção do mesorreto e das paredes laterais da pélvis deve ser muito ampla, porque o que nós vemos e mencionamos como recidivas das anastomoses baixas ou nas operações de abaixamento, são recidivas excepcionalmente endoluminares. Elas são recidivas de fora para dentro. Então o cirurgião deve se aprofundar na ressecção do mesorreto, entrando nas fossas laterais da pélvis, no sentido de evitar as recidivas extra-retais. Em assim sendo, em muitos casos, nas lesões exofíticas móveis, ele poderá realmente, com segurança, ressecar apenas 2 cm. Entretanto, naquelas lesões volumosas infiltrativas, nós achamos que, mesmo que realmente consiga-se fazer uma anastomose ressecando-se 2 cm, nessas lesões infiltrativas, aderidas à pélvis, aderidas às camadas profundas, as recidivas serão muito freqüentes e o manejo desses doentes será grandemente dificultado pela feitura de uma ressecção anterior ou por uma operação de abaixamento, já que nós sabemos que a radioterapia associada nesses doentes melhorará o prognóstico quanto às recidivas. Então, na decisão quanto ao tipo de operação do reto deve constar não somente a altura do tumor, porém as características do tumor e as possibilidades de sobrevivência a longo prazo, uma vez que às medidas de radicalidade cirúrgicas devemos agregar hoje a radioterapia.

E em relação à radioterapia, eu queria apenas concordar com o nosso colega que é uma técnica que, nas nossas mãos, tem trazido diminuição das recidivas. Vamos passar a agradecer ao Presidente, ao Secretário a colaboração e passar a palavra ao Prof. Geraldo para comentar e encerrar a sessão.

Geraldo da Silveira: Meus colegas, a sessão está um pouco adiantada, mas eu não poderia deixar de dar algumas opiniões do meu procedimento. Eu, a despeito de gostar, para o megacó-

lon chagásico, sobretudo da operação de Cutait, na realidade, para o câncer de cólon, não utilizo nem a ressecção endo-anal nem a de anastomose retardada. Prefiro, naqueles casos baixos, sacrificar o esfíncter mas manter o aspecto da radicalidade da cirurgia, isso a despeito de estarmos utilizando também, no pré-operatório, a irradiação, que acho ser um método de grande utilidade para nós, cirurgiões. A margem de ressecção acho um aspecto muito interessante e muito importante. Nós temos visto inúmeras vezes em congressos em diversas partes, não só aqui no Brasil, que os cirurgiões apresentam suas peças julgando-se satisfeitos com a margem de ressecção. Mas na realidade sentimos que as margens de ressecção são pequenas. O Dr. Gonzalez nos apresentou um caso com uma margem de ressecção que eu considero perfeitamente satisfatória. O que ocorre é que o cirurgião no ato cirúrgico traciona um pouco o cólon. Isso distende o intestino e, ao fazer a ressecção, ele está pensando que deixou uma margem de 4 ou 5 cm e, quando termina, vê que está muito próximo, e julga que houve retração do tecido, mas na realidade não houve retração tão grande do tecido, o que houve foi um erro de cálculo pela tração no momento de botar a pinça.

Na apresentação do Dr. Gonzalez, eu vi que as anastomoses muito baixas são bem feitas, são boas e acredito que elas dêem bom resultado. Entretanto, como as células sensitivas que dão a sensibilidade discriminativa da parte terminal do canal anal ficam entre 2 e 4 cm da linha pectínea, essas ressecções bem baixas poderiam tirar essa sensibilidade discriminativa e, assim sendo, os pacientes não identificariam o tipo de material a ser eliminado, se fezes líquidas ou se gases, ou se fezes sólidas. Essa seria a maior preocupação, para mim, nessas anastomoses tão baixas. Acho que a realização de colostomia, que realizo sistematicamente nas anastomoses baixas, evita a deiscência dessas anastomoses o que é uma decorrência de um fenômeno fisiológico. Nós sabemos que durante todo o segmento intestinal, após uma anastomose, o bolo fecal progride, mas quando chega no reto, na parte inferior, tem um esfíncter, que geralmente é hipertônico e o material gasoso ou sólido ou líquido é retido e distende ao nível da anastomose. Por isso é que nós encontramos, na operação de Swenson, e em outras operações, uma incidência tão alta de deiscência de anastomose, em torno de 20 a 25%.

Dou por encerrada a sessão e agradeço a todos os presentes.