

LIGADURA DAS ARTÉRIAS HIPOGÁSTRICAS NO CÂNCER ANORRETAL AVANÇADO

Jarbas Almir Ferreira da Silva¹
Adalberto Pereira de Araújo²
Jaime Coelho Carlos Magno²

RESUMO

O autor expõe os resultados terapêuticos obtidos pela ligadura das artérias hipogástricas, em quatro pacientes portadores de câncer anorretal avançado.

No primeiro paciente, a ligadura das artérias hipogástricas foi indicada em decorrência de episódios freqüentes de sangramento vultoso.

Obteve-se, não apenas a contenção da hemorragia, mas também passou-se a observar sinais evidentes de regressão da lesão tumoral, que chegou a apresentar necrose total após cerca de oito meses, sem o auxílio de qualquer outro método de tratamento.

Nos demais casos alcançou-se igualmente o controle da doença, pois além de se observar necrose tumoral, ficou patente a melhora considerável do estado geral dos pacientes.

A complementação terapêutica por fulguração e/ou crio-cirurgia foi instituída em dois casos, visando acelerar o processo de necrose tumoral.

Apesar do diagnóstico do câncer anorretal ser relativamente fácil, em um determinado número de casos este somente é estabelecido numa fase mais tardia da doença, quando pouco se pode fazer.

Em algumas dessas circunstâncias podem ocorrer quadros de hemorragias maciças, criando situações de emergências de difícil solução. A amputação abdômino-perineal do reto nem

sempre é factível, quer devido a irressecabilidade da lesão ou ao elevado risco cirúrgico do procedimento.

Em um paciente com um quadro hemorrágico grave, decorrente de um tumor de região anorretal, e sem possibilidades de atuação sobre o mesmo, ocorreu-nos a idéia de proceder a ligadura das artérias hipogástricas na tentativa de coibir o sangramento.

Obtivemos não apenas controle da hemorragia, nosso objetivo principal, como também secundariamente a progressiva regressão do tumor, chegando a evoluir para necrose total, sem que tivesse sido aplicado qualquer tratamento complementar.

O resultado obtido nos levou a empregar este procedimento em três outros casos de câncer anorretal muito avançado, classicamente rotulados como F.P.T. Todos os pacientes foram bastante beneficiados com o tratamento, pois passamos a ter um controle sobre as lesões, que evoluíram com sinais de necrose e melhora considerável do estado geral.

Em três casos foram realizadas colostomias com finalidades higiênicas.

Tema livre especial apresentado no 34^o Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, Rio de Janeiro, 1984

1 Chefe do Serviço de Proctologia do Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro – RJ

2 Do Serviço de Proctologia do Hospital Naval Marcílio Dias

Relato dos casos

1º caso – C.H.S., sexo feminino, 75 anos, apresentando carcinoma epidermóide de região anorretal com infiltração para a parede posterior da vagina e fístula reto-vaginal (**Fig. 1**). Os exames complementares revelaram que a mesma era portadora de lesão cardíaca e um volumoso aneurisma torácico o que nos levou a contra-indicar tratamento cirúrgico de grande porte. Foi feita apenas uma colostomia em alça ao nível do colo sigmóide, objetivando-se uma melhora higiênica e uma possível diminuição do sangramento pela ausência de passagem do bolo fecal. Entretanto a paciente continuou a apresentar sangramento, sendo um deles vultoso, levando a um sério comprometimento do seu estado geral. Indicamos ligadura das artérias hipogástricas na tentativa de coibirmos o sangramento. Obtivemos não apenas controle da hemorragia como também, secundariamente, a progressiva regressão do tumor, sem que tivesse sido aplicado nenhum outro tratamento complementar. A paciente veio a falecer 15 meses após o início do tratamento.



Fig. 1



Fig. 2

2º caso – M.P.S., sexo masculino, 43 anos, portador de carcinoma epidermóide de região anorretal medindo 10 x 8 cm em seus principais diâmetros (**Fig. 3**). Foi indicado amputação abdômino-perineal do reto, tendo o mesmo se recusado a ficar com uma colostomia definitiva. Passou a apresentar episódios de sangramento. Procedemos a ligadura das artérias hipogástricas. Igualmente obtivemos controle do sangramento tendo o tumor passado a apresentar sinais de necrose.

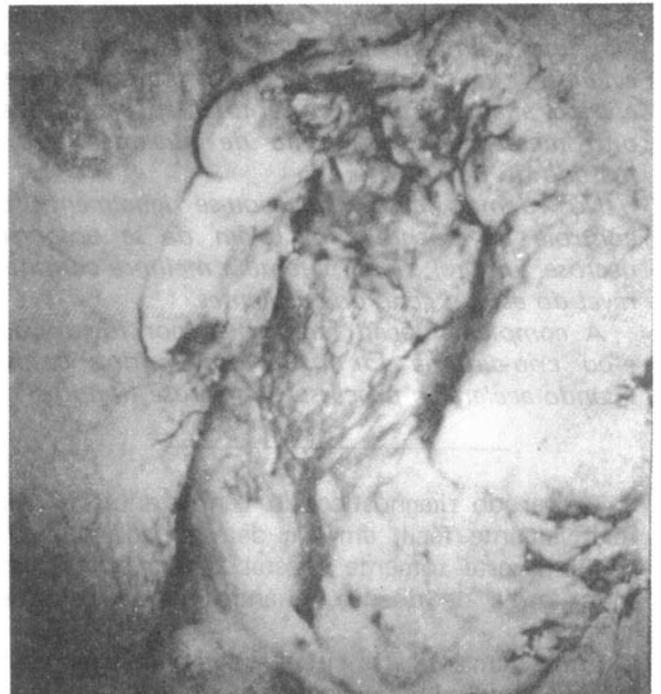


Fig. 3

Objetivando-se obter uma aceleração do processo de necrose, submetemos o paciente a tratamento radioterápico com 2.000 rads e cinco sessões de fulguração com termocautério sob raqueanestesia. Com esse tratamento conseguimos um controle total da lesão após 11 meses (**Fig. 4**).

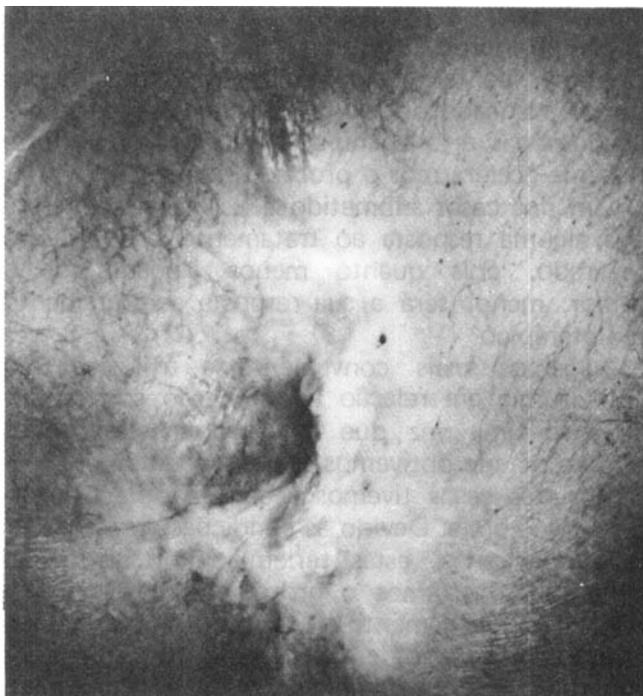


Fig. 4



Fig. 5 – Rx de reto mostrando tumor de reto infiltrante com aproximadamente 8 cm de extensão.

realizamos ligadura das artérias hipogástricas. Passamos observar sinais evidentes de necrose tumoral, comprovada endoscópica e histopatologicamente, acompanhada de uma considerável melhora do estado geral.

4º caso – P.F.S., 46 anos, sexo masculino, portador de adenocarcinoma do terço inferior com destruição total do aparelho esfinteriano e infiltração perianal (**Fig. 6**).

O paciente veio a falecer de morte súbita. A necrópsia não foi conclusiva quanto à causa morte, revelando de importante apenas uma tumoração de 3 x 3 cm localizada na cabeça do pâncreas, cujo histopatológico foi de carcinoma indiferenciado.

Como antecedentes pessoais importantes, tinha sido internado em clínica psiquiátrica tendo uma das vezes tentado suicídio.

3º caso – M.G.B., 77 anos, sexo feminino, portadora de adenocarcinoma de reto com aproximadamente 8 cm de extensão, infiltrando a parede anterior da vagina e com fístula reto-vaginal (**Fig. 5**).

Devido ao elevado risco para cirurgia de grande porte, contra-indicamos a amputação abdômino-perineal do reto com esvaziamento pélvico posterior.

Como medida higiênica foi submetida a cirurgia tipo Hartmann, com fechamento do reto ao nível da reflexão peritoneal e sigmoidostomia terminal. Na tentativa de obtermos um controle da doença

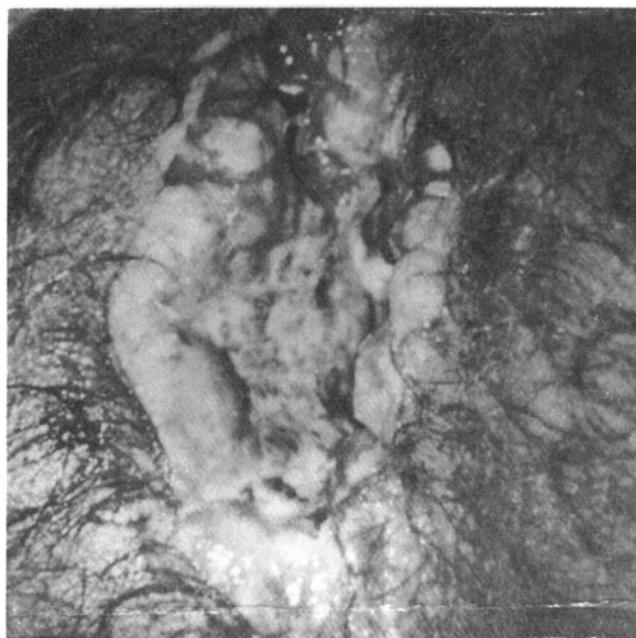


Fig. 6

Foi submetido a cirurgia tipo Hartmann com ligaduras das artérias hipogástricas. Igualmente evoluiu com necrose tumoral a qual foi acelerada com três sessões de crio-cirurgia (Fig. 7).

No pós-operatório imediato foi acometido de infarto do miocárdio, tendo sido obrigado a permanecer no leito por um período de sete dias, ocasião em que observou-se uma escara na região sacro-coccigeana, medindo aproximadamente 4 x 3 cm. Esta escara evoluiu para a cura, apenas com cuidados locais em torno de trinta dias.

Houve uma melhora considerável do seu estado geral encontrando-se no momento em acompanhamento ambulatorial.

DISCUSSÃO

A artéria hipogástrica ou ilíaca interna é a principal nutridora dos órgãos pélvicos e regiões glúteas. Sua ligadura reduz consideravelmente a irrigação arterial desses órgãos, mas não a ponto de gerar alterações tróficas significativas, pois a

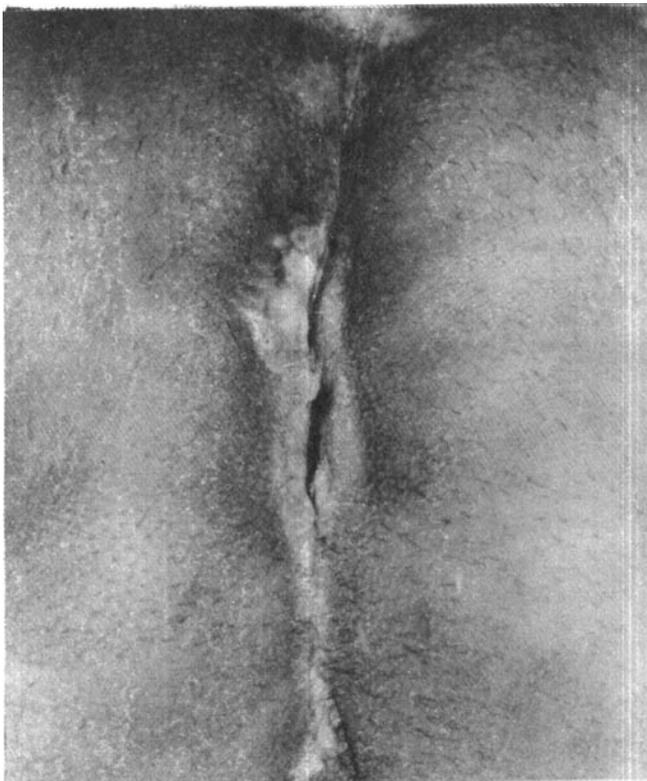


Fig. 7

irrigação dos mesmos continua a ser feita por via colateral.

A única complicação por nós observada foi a escara da região sacrococcigeana que surgiu no pós-operatório imediato e que media aproximadamente 4 x 3 cm. Possivelmente, associou-se à relativa isquemia da região decorrente da ligadura das hipogástricas, a compressão gerada pelo decúbito dorsal prolongado.

Apesar de termos obtido necrose total de um tumor avançado de região anorretal apenas com a ligadura das artérias hipogástricas, achamos interessante acelerarmos o processo de necrose.

Um dos casos submetido a 2.000 rads apresentou alguma resposta ao tratamento o que já era esperado, pois quanto menos irrigado for o tumor, menor será a sua resposta ao tratamento radioterápico.

Julgamos mais conveniente a utilização da crio-cirurgia em relação à fulguração com termocautério uma vez que dispensa anestesia e os resultados que obtivemos se superpõem.

Em três casos tivemos necessidade de realizarmos colostomia. Devido às condições apresentadas pelos pacientes, estas seriam definitivas, razão pela qual utilizamos o procedimento tipo Hartmann com fechamento do coto do reto e exteriorização do sigmóide. Com este procedimento, evitamos uma das complicações da colostomia em alça que é o prolapso.

Objetivando acelerar o processo de necrose tumoral, passamos a empregar o tratamento local com eletrocautério e crio-cirurgia. Esta conduta foi adotada em dois casos com excelentes resultados.

CONCLUSÃO

A ligadura das artérias hipogástricas leva a uma diminuição considerável da irrigação arterial da região anorretal. A circulação colateral e a neovascularização são suficientes para nutrir os tecidos normais, entretanto, o tecido tumoral, que necessita de um maior aporte sanguíneo, termina por sofrer um processo de necrose.