

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OCLUSÃO INTESTINAL POR CÂNCER DE CÓLON E RETO

JULIO CESAR WIEDERKEHR
SERGIO BRENNER, TSBCP
ANTONIO CARLOS CAMPOS
FERNANDO JORGE DE SOUZA, TSBCP

WIEDERKEHR JC, BRENNER S, CAMPOS AC, SOUZA FJ –
Tratamento cirúrgico da oclusão intestinal por câncer de cólon e
reto. *Rev bras Colo-Proct*, 1987; 7(4): 135-138

RESUMO: O câncer de cólon e reto é a causa mais freqüente de oclusão intestinal, sendo responsável pela obstrução do intestino grosso em aproximadamente dois terços dos pacientes. No período de 1964 a 1986, 470 pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico por câncer de cólon e reto na Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da UFPR. Destes, 63 pacientes (13,4%) se apresentaram com quadro clínico e radiológico de oclusão intestinal. A relação sexo masculino-feminino foi de 1,42:1, com uma idade média de 57,1 anos (17 a 88 anos). De acordo com a classificação de Dukes a maioria dos pacientes (87,3%) apresentaram tumores estágio C. O tratamento cirúrgico adotado foi dependente da localização do tumor e do estado geral do paciente. Ressecção com anastomose primária foi realizada em 15 pacientes (23,8%) com uma mortalidade operatória de 26,6% e uma morbidade operatória de 46,6%. Vinte e sete pacientes (42,8%) foram submetidos a tratamento em três tempos: colostomia, ressecção e fechamento da colostomia. A taxa de mortalidade destes pacientes foi de 7,4% e a taxa de morbidade operatória foi de 33,3%. Ressecção com colostomia foi realizada em 11 pacientes (17,4%) com uma taxa de mortalidade operatória de 9% e uma taxa de morbidade operatória de 45,4%. Finalmente 10 pacientes foram submetidos a colostomia apenas, com uma taxa de mortalidade operatória de 20% e de morbidade operatória de 30%. A taxa de sobrevida em dois anos foi de 35,1% e em cinco anos de 18,9%.

UNITERMOS: câncer colônico; câncer retal; oclusão intestinal; tratamento cirúrgico

A oclusão intestinal por câncer de cólon e reto é a complicação mais freqüente relacionada ao tumor e é a causa mais comum de obstrução intestinal⁴, sendo responsável, em aproximadamente dois terços dos pacientes, pela oclusão do intestino grosso. Outras causas incluiriam a

doença diverticular, o volvo de cólon e acidentes vasculares.

Para o tratamento da oclusão intestinal por doença maligna do cólon e reto várias opções são apresentadas, sendo suas diversas utilizações dependentes das condições gerais do paciente, do estágio do tumor e da idade do paciente⁷.

Existe um consenso na literatura no que diz respeito ao tratamento dos tumores localizados no hemicólon direito⁵, porém, no que diz respeito aos tumores localizados no restante do cólon ainda encontramos opiniões conflitantes.

O presente artigo tem por finalidade analisar a experiência do serviço no manejo de pacientes que se apresentam com quadro clínico e radiológico de obstrução intestinal completa, levando em consideração as opções cirúrgicas adotadas e suas respectivas taxas de complicações.

PACIENTES E MÉTODOS

Durante o período de 1964 a 1986 foram submetidos a tratamento cirúrgico 470 pacientes portadores de câncer de cólon e reto, na Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Destes pacientes, 63 foram submetidos a operação devido a oclusão intestinal completa, comprovada clínica e radiologicamente, secundária a tumor de cólon ou reto.

Os pacientes tiveram seus prontuários analisados retrospectivamente e foram divididos em quatro grupos distintos, de acordo com o tipo de operação a qual foram submetidos: ressecção com anastomose primária; colostomia, ressecção, fechamento da colostomia; ressecção com colostomia e fechamento da colostomia posterior; e colostomia apenas.

Os resultados obtidos foram submetidos a análise estatística pelo teste *t* de Student não pareado, sendo

considerado nível de significância $p < 0,05$. A mortalidade operatória foi considerada até o 30º dia pós-operatório.

Dos 67 pacientes, 37 eram do sexo masculino e 26 do sexo feminino, com uma relação de 1,42:1. A idade variou de 17 a 88 anos, com uma média de 57,11 anos. Treze pacientes (20,63%) apresentavam idade igual ou inferior a 40 anos.

Quanto à localização do tumor esta foi a seguinte: no ceco em quatro pacientes, no cólon ascendente em cinco, no ângulo hepático em três, no cólon transversal em um paciente, no ângulo esplênico em cinco, no cólon descendente dez pacientes, no cólon sigmóide dez, na junção reto-sigmóide quatorze, e no reto quatro pacientes. Treze pacientes (20,6%) apresentavam o tumor localizado no hemicólon direito e 50 (79,4%) no hemicólon esquerdo e reto (Tabela 1).

No que diz respeito ao diagnóstico histológico este foi possível em todos os pacientes, com exceção de um único caso. Assim tivemos 61 casos de adenocarcinoma e um caso de linfoma. Dos adenocarcinomas 55 foram estadiados pela classificação clássica de Dukes como sendo C,

Tabela 1 - Localização dos tumores

Local	Nº de pacientes	%
Ceco	4	6,3
Cólon ascend.	5	8,0
Ângulo hepático	3	7,0
Cólon transv.	1	1,6
Ângulo esplênico	5	8,0
Cólon descend.	10	15,8
Sigmóide	17	27,0
Junção reto-sig.	14	22,2
Reto	4	6,3
Total	63	100,0

Tabela 2 - Diagnóstico histológico

Tipo histológico	Nº de pacientes	%
Adenocarcinoma	61	91,0
Dukes A	1	1,5
Dukes B	5	8,0
Dukes C	55	87,3
Linfoma	1	1,5
Indeterminado	1	1,5

Tabela 3 - Local das metástases em 22 pacientes (35%)

Local	Nº de pacientes
Fígado	9
Local	6
Carcinomatose	6
Parede Abdominal	1

87,3%, cinco estágio B, 8%, e um estágio A, 1,5% (Tabela 2).

Vinte e dois pacientes (35%) apresentaram metástases, sendo em nove pacientes para o fígado, seis metástases locais, seis pacientes com carcinomatose e um paciente com metástase para parede abdominal (Tabela 3).

A ressecção com anastomose primária foi o tratamento cirúrgico utilizado em 15 pacientes, 23,8%. Tratamento cirúrgico em três tempos, colostomia, ressecção e fechamento da colostomia, foi realizado em 27 pacientes, 42,8%. Onze pacientes, 17,4%, foram submetidos a ressecção com colostomia e dez pacientes, 15,9%, a colostomia apenas.

RESULTADOS

No grupo de pacientes submetidos a ressecção do tumor com anastomose primária, 15 casos, foram realizadas 10 hemicolectomias direitas, três hemicolectomias esquerdas e duas sigmoidectomias. Sete pacientes apresentaram complicações pós-operatórias e quatro foram a óbito com uma taxa de morbidade de 46,6% e de mortalidade de 26,6% respectivamente.

Dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico em três tempos, 27 casos, dois pacientes foram submetidos a ileostomia com hemicolectomia direita e 25 a colostomia de transversal com oito ressecções do hemicólon esquerdo, sete sigmoidectomias, sete ressecções anteriores e três abaixamentos de cólon. Do total de 27 pacientes, nove, 33,3%, foram submetidos a fechamento da colostomia. Complicações pós-operatórias foram observadas em nove pacientes, com uma taxa de morbidade de 33,3%, e dois pacientes foram a óbito no período pós-operatório, com uma taxa de mortalidade de 7,4%.

Ressecção com colostomia foi empregada em 11 pacientes, tendo sido realizada em um paciente ressecção segmentar de transversal, em um hemicolectomia esquerda, em seis sigmoidectomia e em três ressecção anterior. Cinco pacientes, 45,4%, foram submetidos a posterior reconstituição do trânsito. Cinco pacientes tiveram complicações pós-operatórias, 45,4%, e um paciente foi a óbito no pós-operatório, com uma taxa de mortalidade de 9,0%.

O tratamento paliativo com colostomia apenas foi realizado em 10 pacientes devido a condições locais do tumor. Foram realizadas três colostomias de transversal e no sigmóide em quatro casos. Três pacientes foram submetidos a "by-pass" colo-cólico, sendo que um paciente teve uma ileostomia associada. Três pacientes, 30%, apresentaram complicações pós-operatórias e dois pacientes, 20%, foram a óbito.

No total de 63 pacientes a taxa de morbidade foi de 38,0%, 24 pacientes, e a taxa de mortalidade foi de 14,3%, nove pacientes (Tabela 4).

No seguimento pós-operatório 17 pacientes, 27%, foram perdidos. Do restante, nove apresentaram óbito pós-operatório, sendo possível o seguimento em 37 pacientes, 73%. A taxa de sobrevivência em dois anos foi de 35,1%, 13 pacientes, e a taxa de sobrevivência de cinco anos foi de 18,9%, com apenas sete pacientes vivos após cinco anos de seguimento.

Tabela 4 - Taxas de mortalidade e de morbidade operatórias

Tipo de operação	N.º de pacientes	Taxa mort. (%)	Taxa morb. (%)
Colost./res. fechamento	27	33,3	7,4
Ressecção + Anast. prim.	15	46,6	26,6
Ressecção + colost.	11	45,4	9,0
Colostomia	10	30,0	20,0
Total	63	38,0	14,3

DISCUSSÃO

A ressecção com anastomose primária é o tratamento de escolha para as lesões localizadas na metade direita do cólon^{3, 4}. No que diz respeito às lesões localizadas na metade esquerda, Clark e cols.², analisando 53 pacientes portadores de tumores do hemicílon esquerdo considerados ressecáveis, pôde obter uma taxa de mortalidade de 27% e de morbidade de 82% quando os pacientes foram submetidos a ressecção com anastomose primária. Naqueles pacientes onde o tratamento cirúrgico foi estagiado as taxas de mortalidade e de morbidade foram de 31% e 71% respectivamente. Vários outros autores relataram igualmente elevadas taxas de morbidade e de mortalidade, mesmo quando os pacientes foram submetidos a colostomia descompressiva prévia^{4, 5, 6}.

Na presente série a escolha do tipo de tratamento cirúrgico adotado baseou-se principalmente na localização do tumor e no estado geral do paciente. Os pacientes portadores de lesões localizadas no hemicílon direito foram tratados preferencialmente com ressecção do tumor e anastomose primária. Em apenas dois pacientes, no início desta série, os pacientes foram submetidos a ileostomia descompressiva prévia para posterior ressecção do cólon.

Para os tumores localizados no hemicílon esquerdo o tratamento mais utilizado foi a colostomia descompressiva seguida de ressecção. Este tipo de tratamento foi aquele que apresentou as menores taxas de mortalidade e de morbidade, 7,4% e 33,3% respectivamente. Não pudemos, contudo, observar diferenças estatisticamente significativas quando comparamos os índices de morbidade e de mortalidade operatórias com os demais grupos de pacientes.

Argumentos contra o tratamento estagiado são, além da possibilidade de disseminação de células neoplásicas na cavidade peritoneal quando da colostomia descompressiva, um adiamento da ressecção do tumor por um tempo indeterminado e o fato de que um bom número de pacientes não retorna para completar o tratamento.

As ressecções primárias, com ou sem colostomia, se constituem na melhor opção de tratamento do câncer de cólon e reto. Porém, quando este se apresenta com quadro de oclusão intestinal, esta ressecção pode estar dificultada pela distensão do cólon. Ainda mais, do ponto de vista oncológico, a ressecção primária no paciente com oclusão intestinal não constitui a melhor opção cirúrgica¹.

Fielding e Wells³ observaram um melhor prognóstico para aqueles pacientes submetidos a ressecção primária do tumor com uma taxa de sobrevida em cinco anos de 50% (11 de 22 pacientes), contra 25% (7 de 28) para os pacientes submetidos a tratamento estagiado. Comportamento semelhante foi observado por Clark e cols.², onde os pacientes tratados com ressecção primária experimentaram uma maior taxa de sobrevida em três anos quando comparados com os pacientes submetidos a tratamento estagiado, 36,8% contra 23,3% respectivamente.

No que diz respeito à realização de colostomia sem laparotomia, esta em geral não está indicada, a não ser em casos extremamente graves, devido à possibilidade de omissão de lesões concomitantes ou até mesmo de erros diagnósticos os quais, se não tratados adequadamente, podem levar a conseqüências desastrosas⁵.

Mais recentemente, Klatt e cols.⁶ advogaram a utilização de colectomia subtotal com anastomose ileo-retal para o tratamento do câncer do hemicílon esquerdo ocluído, apresentando excelentes resultados.

Analisando os resultados obtidos na presente série, acreditamos ser a ressecção com anastomose primária a melhor opção para o tratamento dos tumores ocluídos do hemicílon direito. Para os tumores localizados no hemicílon esquerdo a colostomia descompressiva prévia, seguida de ressecção e posterior fechamento da colostomia, através de uma pequena laparotomia para inspeção da cavidade abdominal, ainda se constitui em uma boa opção cirúrgica, passível de execução na grande maioria dos pacientes, ao contrário da ressecção com anastomose primária, só utilizada em casos selecionados.

WIEDERKEHR JC, BRENNER S, CAMPOS AC, SOUZA FJ - Surgical treatment of obstructing cancer of the colon and rectum.

SUMMARY: The cancer of colon and rectum is the most frequent cause of intestinal occlusion, being responsible for two thirds of the large bowel obstructions. During the period from 1964 to 1986, 470 patients were operated in the Discipline of Surgery of the Digestive Tract of the Federal University of Parana for carcinoma of the colon and rectum. 63 patients (13.4%) were admitted with clinical and radiological signs of intestinal obstruction. The male: female sex ratio was 1.42:1, with a median age of 57.1 years (17-88 years). According to the Dukes classification the majority of the patients had tumors stage C. The operative technique used was dependent on the tumor localization and the general conditions of the patient. Resection with primary anastomosis was done in 15 patients (23.8%) with a mortality rate of 26.6% and a morbidity rate of 46.6%. 27 patients (42.8%) had staged resection, colostomy, resection and closure of the colostomy, with a mortality and morbidity rates of 7.4% and 33.3% respectively. Resection with colostomy was done in 11 patients (17.4%) with a mortality rate of 9% and a morbidity rate of 45.4%. Finally 10 patients had only colostomy with a mortality and morbidity rates of 20% and 30% respectively. The 2-year survival rate was 35.1% and the 5-year survival rate was 18.9%.

KEY WORDS: colonic cancer; rectal cancer; intestinal obstruction, surgical treatment

REFERÊNCIAS

1. Amsterdam EC, Krispin M. Primary resection with colocolostomy for obstructive carcinoma of the left side of the colon. Am J Surg 1985; 150: 558-60.

2. Clark J et al. Treatment of obstructing cancer of the colon and rectum. *Surg Gynecol & Obstet* 1975; 141: 541-4.
3. Fielding LP, Wells BW. Survival after staged resection for large bowel obstruction caused by cancer. *Br J Surg* 1974; 61: 16-8.
4. Fitchett CW, Hoffman GC. Obstructing malignant lesions of the colon. *Surg Clin North Am* 1986; 66(4): 807-20.
5. Goligher J. *Surgery of the Anus, Rectum and colon*, 5ª ed., London, Bukiere Tindall 1984; p. 557-74.
6. Klatt G et al. Subtotal colectomy with primary anastomosis without diversion in the treatment of obstructing carcinoma of the colon. *Am J Surg* 1981; 141: 577-8.
7. Valerio O, Jones PF. Immediate resection in the treatment of large bowel emergencies. *Br J Surg* 1978; 65: 12-6.

Endereço para correspondência:
Julio Cesar Wiederkehr
Hospital de Clínicas (UFPR)
Rua General Carneiro, 181 - 7º andar
80000 - Curitiba - PR