
RESSECÇÃO LOCAL POR VIA TRANSANAL DO CARCINOMA DO RETO, NO PACIENTE IDOSO: NOSSA EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO COMBINADO COM RADIOTERAPIA

S. G. CAPORELLI
A. CAPOMAGI
L. MAFFIA
G. F. BOCCOLI
R. LISA

CAPORELLI SG, CAPOMAGI A, MAFFIA L, BOCCOLI GF,
LISA R – Ressecção local por via transanal do carcinoma do
reto, no paciente idoso: nossa experiência no tratamento
combinado com radioterapia.
Rev bras Colo-Proct., 1989; 9(1): 19-21.

RESUMO: O crescente interesse pela Preservação dos Esfíncteres Anais no tratamento do carcinoma da ampola retal induziu numerosos autores a procurarem métodos de ressecção local menos agressivos e melhor tolerados, particularmente, em pacientes geriátricos com condições gerais muito comprometidas. Os autores apresentam oito casos tratados com ressecção local combinada com radioterapia e sete casos tratados com exérese local com alça de diatermocoagulação. Não foram verificadas complicações per ou pós-operatórias. O seguimento médio foi de 35,8 meses e não foram observadas nem recidiva nem metástase a distância.

UNITERMOS: carcinoma do reto; ressecção local; idoso; radioterapia

A amputação do reto com colostomia definitiva no tratamento do carcinoma do terço distal do reto é uma intervenção de difícil aceitação¹ e muitas vezes não é possível praticá-la, devido à idade e às precárias condições gerais do paciente². Isto fez com que muitos especialistas desenvolvessem técnicas cirúrgicas alternativas a fim de conservarem os esfíncteres e promoverem a redução do trauma cirúrgico.

Das técnicas cirúrgicas que procuram preservar os esfíncteres, aquelas exequíveis por via transesfíntérica (*Mason*) e por via transacral (*Kraske-Kocker*) e a ressecção abdominossacral (*Localio*) apresentam complicações importantes e que são ao mesmo tempo agravadas pela morbidade e pelo alto grau de mortalidade^{3, 4, 5}.

Evidentemente existem outros métodos de tratamento das neoplasias retais que visam a destruição local ou a ressecção do tumor. A destruição local pode ser efetuada mediante técnicas de eletrofulguração, crioterapia, radioterapia e laserterapia; porém não permitem o estudo histológico da lesão.

Das técnicas de ressecção, as adotadas com maior frequência são: a tumorectomia com alça diatérmica, as pequenas excisões executadas com retoscópio operatório (*St. Mark's Hospital*), a excisão submucosa peranal e a excisão em disco de toda a parede retal, ambas descritas por *Parks*⁶, a eletrorressecção transanal pela técnica de *Faivre*⁷ e a técnica do pára-quedas de *Francillon*⁸.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram estudados 15 pacientes portadores de neoplasia do terço inferior do reto, atendidos no Centro de Cirurgia I.N.R.C.A. (Ancona) Italia, entre janeiro de 1981 e dezembro de 1987. Destes pacientes oito eram do sexo masculino e sete do sexo feminino, com idade média de 70 anos (min. 62, máx. 79) e considerados não idôneos para serem submetidos a uma cirurgia maior devido à idade avançada e também às precárias condições gerais. Os pacientes foram submetidos à ressecção do tumor por via transanal.

Destes pacientes, sete foram submetidos à polipectomia com alça diatérmica enquanto que nos outros oito foi realizada uma ressecção local da neoplasia segundo a técnica de excisão total "em disco"⁶ associada a radioterapias pré e pós-operatórias¹⁰.

Todos os pacientes foram submetidos a um controle clínico instrumental a fim de se estabelecer um correto estadiamento pré-operatório⁹. Enema opaco, retossigmoidoscopia com biópsia, RX de tórax, provas de função respiratória, eletrocardiograma, rotina laboratorial com dosagem do Antígeno Carcinoembriogênico, ultra-sonografia hepática, cintilografia óssea, tomografia computadorizada.

Baseados em tal estadiamento os pacientes que apresentavam lesões adenomatosas foram tratados com ressecção endoscópica mediante alça de diatermocoagulação, enquanto que os pacientes com neoplasia com achados macroscópicos e biópsia, considerados de alta malignidade, foram submetidos a ressecção local ("full thickness") associada a uma radioterapia complementar com a técnica em "Sandwich" (500 - 1.000 rads de telecobaltoterapia com técnica pendular na véspera da operação e 4.500 rads em doses fracionadas duas semanas após a operação¹⁰) com prévia preparação do cólon com Manitol a 10% e antibioticoterapia profilática.

A operação foi realizada com anestesia peridural e o paciente em posição de litotomia; após dilatação anal foram posicionadas as válvulas para o acesso transanal. A submucosa adjacente à neoplasia foi infiltrada com uma solução de adrenalina a 1:300.000 com a finalidade de promover a hemostasia e foram aplicados pontos de tração em tecido são (Fig. 1). Após estas manobras a parede da ampola retal foi dissecada em toda a sua espessura com bisturi elétrico e incisada até a gordura perirretal (Fig. 2). O orifício da parede incisada foi suturado em um plano com fio categut cromado de grosso calibre (Fig. 3).

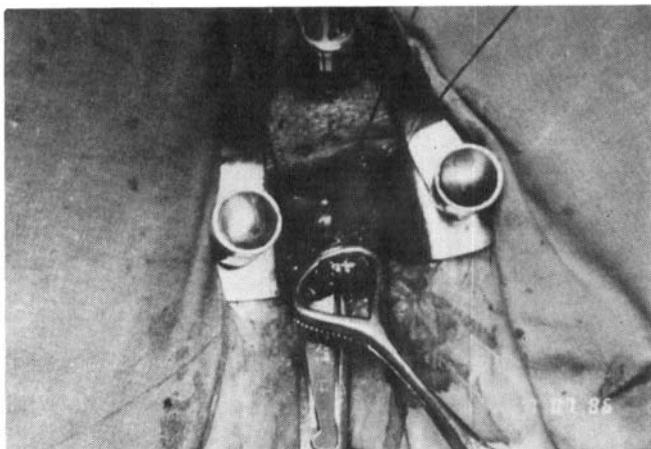


Fig. 1 - Foram aplicados pontos de tração em tecido são.

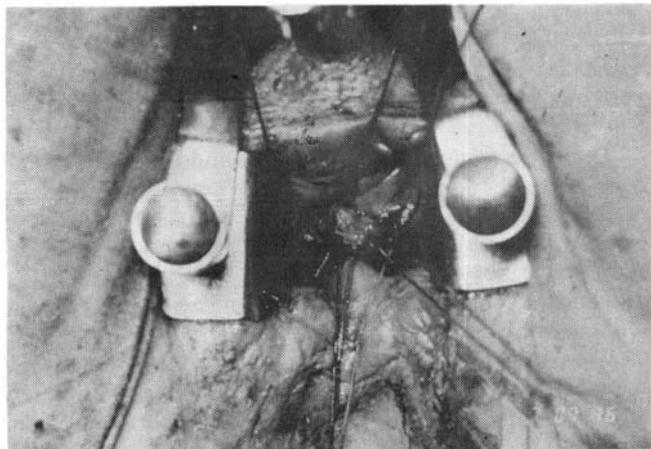


Fig. 2 - A parede da ampola retal foi dissecada em toda a sua espessura e incisada até a gordura perirretal.



Fig. 3 - O orifício da parede incisada foi suturado em um só plano com fio categut cromado de grosso calibre.

O seguimento dos pacientes tratados prevê para o primeiro ano um exame endoscópico trimestral com biópsia, semestral nos dois anos seguintes e depois anual.

Estes exames foram complementados com uma ultrasonografia hepática, exames hematológicos de rotina com dosagem do Antígeno Carcinoembriogênico e uma radiografia torácica.

RESULTADOS

Os pacientes submetidos a ressecção tumoral com alça de diatermocoagulação apresentavam ao exame macroscópico lesões do tipo adenomatoso, enquanto que os exames histológicos definitivos das lesões evidenciaram alterações evidentes de carcinoma intramucoso em quatro dos casos. Nos três casos restantes foi evidenciado um quadro de invasão neoplásica além da linha da *muscularis mucosae* com pedículo íntegro.

Nos pacientes submetidos a ressecção local por via transanal as neoplasias apresentavam-se com aspecto vegetante em seis dos casos, aspecto ulcerado em um caso e lesão plana com retração central ulcerada no outro (Tabela 1).

Segundo a classificação de Dukes as neoplasias foram distribuídas do seguinte modo: Dukes A:2, Dukes B:5, Dukes C:1.

Tabela 1 - Estadiamento pré-operatório

Achado macroscópico	Nº de casos
Adenomatoso	7
Vegetante	6
Ulcerado	1
Plano	1
Biópsia pré-operatória	
Não executada (polipectomia direta)	4
Negativa	2
Positiva	9

Tabela 2 - Estadiamento pós-operatório

	Polipectomia	Ressecção local & RT
Dukes		
A	7	2
B	-	5
C	-	1
Grau histológico		
Bem diferenciado	7	2
Moderadamente diferenciado	-	6
Indiferenciado	-	-

O grau histológico foi do tipo bem diferenciado em dois casos e moderadamente diferenciado nos seis casos restantes. Nenhuma das lesões apresentava invasão linfática e vascular (Tabela 2).

Não foram observadas complicações pós-operatórias como: distúrbios da continência, abscessos pélvicos, deiscência das suturas, estenoses cicatriciais ou mesmo morte nesta série de pacientes.

O seguimento médio dos pacientes tratados foi de 35,8 meses com um mínimo de cinco e um máximo de 68 meses. O primeiro óbito da série foi devido a um acidente vascular cerebral após 64 meses. E não foram observadas recidivas locais no restante dos pacientes.

DISCUSSÃO

A análise da literatura médica internacional concluiu que a ressecção local do tumor é curativa nos tumores benignos e nos adenomas com transformação adenomatosa intramucosa, e nos casos de Dukes A com boa diferenciação histológica, enquanto que nos casos de lesão dos tipos Dukes B e C é paliativa^{11, 12}.

Nos estágios neoplásicos mais avançados as casuísticas internacionais relatam percentuais de recidiva local em torno de 10 a 20% após ressecção transanal^{13, 14, 15}.

Por isso, associamos à cirurgia um tratamento telecobaltoterapêutico em "sandwich" com a intenção de reduzir na fase pré-operatória a disseminação das células neoplásicas, na fase pós-operatória administrar doses terapêuticas local e sobre os linfonodos regionais.

Este procedimento é concordante com o que já foi escrito nos casos de cirurgia maior (Miles-RA) com resultados satisfatórios¹⁶.

A confirmação destes resultados satisfatórios verificam-se nos percentuais de recidiva que vão dos 10 aos 20% nos casos não tratados, e de 0% referidos por Solasso¹⁷ nos pacientes submetidos a tratamento radioterápico pós-operatório com um período de seguimento de três a sete anos.

Os nossos resultados, mesmo considerando a pequena casuística, confirmam a ausência de recidivas locais e de disseminação a distância num seguimento de

até 64 meses, nos levando a sublinhar ainda a importância da ressecção de toda a parede retal e a finalidade curativa desenvolvida pela radioterapia com a metodologia adotada.

CAPORELLI SG, CAPOMAGI A, MAFFIA L, BOCCOLI GF, LISA R - Local transanal treatment of rectal cancer in the elderly. Our experience in treatment with adjuvant radiotherapy.

SUMMARY: The growing interest in sphincter saving operations in rectal cancer has led many authors to study methods of local excision which are less aggressive and better tolerated, especially by geriatric patients in poor health conditions. The authors discuss their experience of eight cases of local excision combined with radiotherapy and seven cases treated locally with polypectomy by endoscopic electric snare. No complications and mortality occurred. After a mean follow-up period of 35.8 months, no recurrence or distal spread were observed in each group of patients.

KEY-WORDS: rectal cancer, local excision, elderly, radiotherapy

REFERÊNCIAS

1. Thomsen TA et al. Abdominal perineal resection in the octogenarian. J Am Geriatr Soc 1978; 26: 363.
2. Djokovic JL et al. Prediction of outcome of surgery and anesthesia in patients over 80. JAMA 1979; 242: 2301.
3. Mason AY. The transphincteric approach. In: Operative Surgery. Colon, Rectum and Anus. Edited by I.P. Todd, 3rd ed., London and Boston: Butterworths, 1977: 178-181.
4. Westbrook KC et al. Posterior surgical approaches to the rectum. Ann Surg 1982; 195: 677.
5. Localio SA et al. Abdomino-sacral resection for midrectal cancer. Am Surg 1983; 198: 320.
6. Parks AG, Nicholls RJ. Perianal and rectal operative techniques. In: Operative Surgery. Colon, Rectum and Anus. Edited by I. P. Todd, 4th ed., London and Boston: Butterworths, 1983; 316-326.
7. Faivre J. Transanal electroresection of rectal tumour by means of tractable mucocutaneous anal flap. Coloproctology, 1980; 2: 77.
8. Francillon J et al. L'exérèse par voie basse des cancers de l'ampoule rectale. Technique de parachute. Nouv. Presse Méd 1974; 3: 1365.
9. Nicholls RJ et al. Clinical local staging of rectal cancer. Br J Surg 1985; 72S: 51.
10. Mohiuddin M et al. Results of adjuvant radiation therapy in cancer of the rectum. Cancer 1985; 55: 350.
11. Morson BC. Histological criteria for local excision. Br J Surg 1985; 72S: 53.
12. Whiteway J et al. The role of surgical local excision in the treatment of rectal cancer. Br J Surg 1985; 72S: 694.
13. Hawley PR et al. Indication, technique and results of transanal tumour excision in cases of lower rectal carcinoma. In Der Mastdarmkrebs. Stuttgart: Thieme, 1980.
14. Hermanek P et al. Patomorphologische aspekte zu kontinenzhaltenden therapieverfahren bei mastdarmkrebs. In Der Mastdarmkrebs. Stuttgart: Thieme, 1985.
15. Stearns MW et al. Local treatment of rectal cancer in large bowel cancer. Ed. J. S. DeCosse. Edinburgh: Churchill Livingstone 1981.
16. Duncan W. Adjuvant radiotherapy in rectal cancer: the MRC trials. Br J Surg 1985; 72S: 59.
17. Pujol H, Solasso CL et al. L'exérèse chirurgicale transanale des tumeurs villeuses du rectum. Chirurgie, 1977; 103: 626.