

OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR CÂNCER DO CÓLON E DO RETO

ITALO ACCETTA
PIETRO ACCETTA
LUIZ FABIANO ANDRADE DE MORAES
HABERLANDH DE LIMA SODRÉ
FRANCISCO MAIA
ANIELO PALOMBO

ACCETTA I, ACCETTA P, MORAES LFA, SODRÉ HL, MAIA F, PALOMBO A - Obstrução intestinal por câncer do cólon e do reto. Rev bras Colo-Proct., 1989; 9(2): 64-66.

RESUMO: Foram operados 43 pacientes com obstrução intestinal por câncer colo-retal no Hospital Universitário Antônio Pedro, no período compreendido entre dezembro de 1977 e dezembro de 1987, com mortalidade global de 23,2%. Vinte e dois pacientes foram submetidos a ressecção imediata do tumor, com mortalidade de 18,1%. Em 14 pacientes foi realizada, inicialmente, a descompressão intestinal, para ressecção do tumor em 2º tempo. Neste grupo, quatro pacientes (28,5%) faleceram e cinco (35,7%) recusaram a reoperação. Em sete pacientes foi realizada apenas a descompressão intestinal por irressecabilidade do tumor, com mortalidade de 28,5%. Os autores concluem que a ressecção imediata do tumor deve ser a cirurgia de escolha, por permitir, de pronto, a retirada da neoplasia, por necessitar de menor tempo de hospitalização e por apresentar menores índices de morbidade e de mortalidade.

UNITERMOS: câncer de cólon; oclusão intestinal

O carcinoma constitui a causa mais freqüente de obstrução do cólon e do reto e quando já se apresenta no estágio de oclusão intestinal total, os resultados podem ser decepcionantes, tanto em mortalidade imediata quanto em sobrevida a longo prazo.

Os estudos retrospectivos, apesar de complexos, em decorrência de variáveis como estágio do tumor, presença de doenças associadas, idade e condições gerais do paciente, revelam a ampla controvérsia a cerca do tratamento clássico com cirurgias programadas em dois ou três tempos.

Esta falta de unanimidade nos motivou a uma revisão da nossa casuística e da literatura.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foi analisado o tratamento a que foram submetidos 43 pacientes com obstrução intestinal, por câncer do cólon e do reto superior, internados no Hospital Universitário Antônio Pedro, no período compreendido entre dezembro de 1977 e dezembro de 1987.

Trabalho realizado no Hospital Universitário Antônio Pedro (Universidade Federal Fluminense).

O tratamento cirúrgico foi conduzido sob três vertentes principais (*Tabela 1*): ressecção imediata do tumor, descompressão intestinal para ressecção tumoral em segundo tempo e descompressão intestinal definitiva por irressecabilidade do tumor.

Tabela 1 -- Tratamento x mortalidade.

Tratamento	Nº de pacientes	Nº de óbitos	%
Ressecção imediata do tumor	22	4	18,1
Descompressão inicial para ressecção tumoral em 2º tempo	14	4	28,5
Descompressão intestinal definitiva por irressecabilidade do tumor	7	2	28,5

Vinte e três pacientes eram do sexo feminino e vinte do sexo masculino. A idade variou entre a mínima de 16 e a máxima de 86, com média de 59,6 anos. As faixas etárias mais acometidas foram a 6ª e a 7ª décadas, com 20 casos.

As queixas principais mais constantes foram: dor abdominal do tipo cólica, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. Relato de perda de peso esteve presente em 33 pacientes (76,7%) e constipação intestinal crônica em 36 (83,7%). História prévia de enterorragia foi registrada em apenas cinco casos.

O exame físico revelou distensão abdominal em todos os pacientes. Dois deles apresentavam, ainda, francos sinais de irritação peritoneal, devido a perfuração concomitante do ceco. Massa palpável no abdome foi observada em apenas três pacientes (6,9%).

A localização do tumor ficou assim distribuída: sigmóide - 17 casos; junção reto-sigmoideana - cinco casos; ângulo esplênico - cinco casos; reto abdominal - quatro casos; ângulo hepático - quatro casos; ceco - dois casos; cólon ascendente - dois casos; cólon transverso - dois casos; cólon transverso - dois casos e cólon descendente - dois casos.

O tipo histológico do tumor foi adenocarcinoma em 100% dos casos.

RESULTADOS

O óbito foi registrado em 10 pacientes (23,2%). Em nove deles por complicações sépticas e em um por embolia pulmonar.

Vinte e oito pacientes (65,1%) apresentaram boa evolução. Quinze (34,8%) apresentaram algum tipo de complicação, das quais se destacaram as de natureza infecciosa, presentes em 14 pacientes.

A ressecção imediata do tumor foi realizada em 22 pacientes. Sete apresentavam o tumor do cólon direito e 15 no cólon esquerdo.

Na ressecção do cólon direito a reconstrução do trânsito intestinal por ileotransversostomia foi imediata em seis pacientes e em outro procedeu-se a uma ileostomia com fístula mucosa. Neste grupo, que foi isento de mortalidade, um paciente evoluiu com abscesso intraperitoneal e outro com abscesso de parede abdominal.

Nos tumores do cólon esquerdo foi realizada ressecção à Hartmann em 13 pacientes (três óbitos) e colostomia com fístula mucosa em dois (um óbito).

A mortalidade neste grupo foi de 26,6% e as complicações principais foram: infecção da parede abdominal em três pacientes, infecção respiratória grave em dois e peritonite em outro.

A mortalidade no grupo de pacientes submetidos a ressecção imediata dos tumores dos cólons direito e esquerdo foi de 18,1%.

A decompressão intestinal no 1º tempo foi realizada em 14 pacientes, todos com tumor no cólon esquerdo, através de colostomia em alça com maturação precoce. Três pacientes (21,4%) faleceram por complicações sépticas e cinco pacientes (35,7%) recusaram a reoperação, para submeter-se a ressecção do tumor no 2º tempo.

Apenas seis pacientes (42,8%) deram continuidade ao tratamento cirúrgico e foram reoperados para a retirada do tumor, quando registramos mais um óbito (16,6%), por complicações sépticas (abscesso subfrenico). O tempo médio decorrido entre a decompressão intestinal e a retirada do tumor foi de 35 dias.

A mortalidade total no grupo de pacientes submetidos inicialmente a decompressão intestinal, para ressecção posterior do tumor, foi de 28,5%.

A decompressão intestinal definitiva foi realizada em sete pacientes, por irressecabilidade do tumor.

Em dois pacientes o tumor situava-se no cólon direito e foi realizada ileotransversostomia (dois óbitos). Um paciente faleceu por embolia pulmonar e outro por broncopneumonia grave.

Em cinco pacientes o tumor localizava-se no cólon esquerdo. Foram realizadas colostomia em alça no cólon transverso em quatro casos e uma colostomia em alça no cólon sigmóide. Todos estes pacientes apresentaram boa evolução pós-operatória.

A mortalidade do grupo de pacientes submetidos a decompressão intestinal definitiva sem ressecção foi de 28,5%.

DISCUSSÃO

O adenocarcinoma é o tumor mais comum do cólon e do reto e a obstrução intestinal é a sua complicação mais freqüente, com incidência entre 10 e 20%^{5, 11, 13, 15, 20}.

A oclusão intestinal é mais observada quando o tumor tem localização no sigmóide ou na junção reto-sigmóideana^{1, 4, 6, 10, 12, 13, 15}. A flexura esplênica ocupa a segunda colocação, enquanto que a obstrução do cólon direito é bem menos freqüente.

A obstrução intestinal parece indicar a presença de tumor em estágio avançado. Nos estudos de Clark e cols.³, Dutton e cols.⁵, Gennaro e Tyson⁷ e Welch e Donaldson²⁰, entre outros, aproximadamente 30% dos pacientes obstruídos foram considerados incuráveis à laparotomia. Em nossa série este índice foi de 48,8%.

Cady¹, Deutsch e cols.⁴, Glass e cols.⁸ e Ohman¹⁵ observaram ainda a presença de mais de um tumor no cólon e dois pacientes da série de Deutsch e cols.⁴ relataram cirurgia prévia para câncer de cólon.

A obstrução intestinal por câncer colo-retal é mais freqüente em pacientes de faixa etária acima de 60 anos^{4, 5, 7, 10, 13, 15, 20}, muito embora possa ser observada em pacientes mais jovens, conforme mostram as séries de Gennaro e Tyson⁷, Hoffmann e Jensen¹⁰, Miguel e cols.¹³ e a nossa própria, com dois pacientes com 16 anos de idade.

A quase totalidade das séries consultadas, inclusive a nossa, mostrou discreto predomínio em pacientes do sexo feminino, porém esta diferença quanto ao sexo não nos parece significativa.

Uma história clínica com pouco tempo de evolução não indica necessariamente a presença de tumor localizado ou em estágio inicial, conforme também sugerem Pescatori e cols.¹⁶ e Raftery e Samson¹⁷.

O quadro de obstrução pode ser a primeira manifestação em cerca de 5 a 10% dos pacientes^{7, 9, 13}. No relato de Cady¹ esse índice atingiu 20%.

A constipação intestinal é progressiva e, uma vez instalada a oclusão total, o quadro clínico cursa com parada de eliminação de gases e fezes, dor abdominal do tipo cólica, distensão abdominal, vômito e peristaltismo de luta.

Em cerca de 5% dos pacientes podemos encontrar, ao exame físico, sinais de irritação peritoneal, que são provocados pela perfuração concomitante do tumor ou pela perfuração de ceco^{3, 13}. Esta perfuração do ceco seria secundária à necrose causada pela isquemia ocasionada por sua distensão excessiva.

A radiologia simples do abdome é exame muito importante, revelando com bastante freqüência os níveis hidroaéreos no intestino, o grau de distensão do ceco e indicando uma possível obstrução do cólon. O enema baritado, além de confirmar o diagnóstico, permite localização mais exata do tumor.

É de ampla aceitação que os tumores localizados no cólon direito devam ser tratados com ressecção primária por hemicolectomia direita e anastomose imediata. Entretanto, esta unanimidade cede lugar a profunda discussão quanto à melhor tática cirúrgica a ser adotada quando os tumores se localizam no cólon esquerdo. As opções variam desde medidas pouco agressivas, como cecostomia com tubo ou transversostomia em alça, e subsequente

ressecção intestinal em caráter eletivo, até a colectomia subtotal com ileo-retos ou ileo-sigmóide anastomose imediata, com variações de procedimentos em 1, 2 ou 3 tempos entre eles.

O tratamento clássico defendido por Dutton e cols.⁵, Gennaro e Tyson⁷, Schein e Gemming¹⁸, Welch e Donaldson²⁰, entre outros, programado em três tempos, com descompressão do cólon no 1º estágio, seguido de ressecção do tumor em caráter eletivo e posterior fechamento da colostomia, tem sido frequentemente contestado^{1, 2, 3, 4, 6, 8, 10-14, 17, 19}, com vários argumentos que devemos considerar a seguir:

1º - A cecostomia com tubo é acompanhada de índices de morbidade próximo de 60% e de mortalidade entre 17% e 33%, conforme registrados nas séries de Hoffmann e Jensen¹⁰ e Welch e Donaldson²⁰.

2º - A colostomia, quando feita em alça bastante dilatada, também apresenta elevados índices de morbidade e de mortalidade^{2, 3, 4, 8, 13, 20}. Na série de Carson e cols.² estes índices foram de 70% e 25% respectivamente.

3º - A colostomia temporária torna-se frequentemente definitiva, quer pela recusa do paciente em ser reoperado, quer pela presença de doenças associadas que protelam a realização do 2º tempo cirúrgico ou, ainda, pelo aparecimento de metástases. Em nossa série, cinco pacientes (35,7%) se recusaram a submeter-se ao 2º tempo cirúrgico.

4º - Na feitura isolada da colostomia, sem laparotomia exploradora, pode passar despercebida uma eventual perfuração do tumor ou uma área de necrose do ceco, conforme relatado por Dutton e cols.⁵.

5º - As possíveis complicações da cecostomia com tubo ou da colostomia descompressiva também retardam a execução do 2º tempo cirúrgico. Em nossa série houve um retardo de 35 dias para a retirada do tumor.

A realização de múltiplas cirurgias, além de prolongar o tempo de hospitalização, aumenta a morbidade e a mortalidade operatórias, principalmente nos pacientes idosos.

Pelos motivos relatados, achamos que uma cirurgia mais agressiva, com ressecção e anastomose imediata para os tumores do cólon direito e ressecção à Hartmann, ou com colostomia e fístula mucosa para os tumores do cólon esquerdo, está plenamente justificada. A ressecção imediata do tumor apresenta taxas de mortalidade operatória entre 11,1%² e 33%²⁰. Em nossa série ela alcançou 18, 19.

Cady¹, Deutsch e cols.⁴, Glass e cols.⁸, Klatt e cols.¹² e Small¹⁹ defendem a colectomia subtotal primária, com anastomose ileo-sigmóide ou ileo-retal imediata, por permitir tratamento completo em uma única operação, sem derivações externas, diminuição do tempo de internação hospitalar, retirada de possíveis tumores crônicos do cólon, por oferecer melhor qualidade de vida aos pacientes e, sobretudo, por apresentar índices aceitáveis de morbidade e de mortalidade.

Achamos, porém, que esta conduta cirúrgica, embora atraente, requer ainda um maior número de observações.

ACCETTA I, ACCETTA P, MORAES LFA, SODRÉ HL, MAIA F, PALOMBO A - Obstructive colonic and rectal cancer.

SUMMARY: Forty-three patients with intestinal obstruction due to colorectal cancer were operated on at the Hospital Universitário

Antonio Pedro between december of 1977 twenty and december of 1988 with a total mortality rate of 23,2%. Twenty-two patients were submitted to immediate cancer resection with a mortality rate of 18,1%. Another group of 14 patients were initially submitted to intestinal decompression to be followed by tumor resection. Four patients (28,5%) died and five (35,7%) refused to be reoperated on. Another seven patients with nonresectable tumors suffered intestinal decompression only, with a 28,5% mortality rate. The authors concluded that immediate tumoral resection should be the surgery of choice because this procedure diminishes the hospitalization time as well as the mortality and morbidity rate.

KEY WORDS: colon cancer, intestinal obstruction

REFERÊNCIAS

1. Cady J. La colectomie totale en un temps dans les occlusions néoplasiques du colon gauche. A propos de 15 cas. In: Congrès français de chirurgie, 88. Paris, 1986. Textes. . . , Paris, 1986; p. 97-99.
2. Carson SN, Poticha SM, Shields TW. Carcinoma obstructing the left side of the colon. Arch Surg 1977; 112: 523-526.
3. Clark J, Hall AW, Moossa AR. Treatment of obstructing cancer of the colon and rectum. Surg Gynecol & Obstet 1975; 141: 541-544.
4. Deutsch AA, Zelikoussi A, Sternberg A, Reiss R. One stage subtotal colectomy with anastomosis for obstructing carcinoma of the left colon. Dis Colon Rectum 1983; 26: 227-230.
5. Dutton JW, Hreno A, Hampson LG. Mortality and prognosis of obstructing carcinoma of large bowel. Am J Surg 1976; 131: 36-41.
6. Fielding LP, Wells BW. Survival after primary and after staged resection for large bowel obstruction caused by cancer. Br J Surg 1974; 61: 16-18.
7. Gennaro AR, Tyson RR. Obstructive colonic cancer. Dis Colon Rectum 1978; 21: 346-351.
8. Glass RL, Smith LE, Cochran RC. Subtotal colectomy for obstructing carcinoma of the left colon. Am J Surg 1983; 145: 335-336.
9. Hickey RC. Discussão: In: Dutton JW, Hreno A, Hampson LG. Mortality and prognosis of obstructing carcinoma of the large bowel. Am J Surg 1976; 131: 36-41.
10. Hoffman J, Jensen HE. Tube cecostomy and staged resection for obstructing carcinoma of the left colon. Dis Colon Rectum 1984; 27: 24-32.
11. Kelley WE, Brown PW, Lawrence W, Terz JJ. Penetrating obstructing and perforating carcinomas of the colon and rectum. Arch Surg 1981; 116: 381-384.
12. Klatt GR, Martin WH, Gillespie JT. Subtotal colectomy with primary anastomosis without diversion in the treatment of obstructing carcinoma of the left colon. Am J Surg 1981; 141: 577-578.
13. Miguel FJC, Vidaur FA, Fernandez JM, Casado MTM, San Juan RL. La obstruction intestinal por cancer colorectal. Estudio de 43 casos. Rev Esp Enf Ap Digest 1982; 62: 291-298.
14. Moossa AR. Discussão: In: Dutton JW, Hreno A, Hampson LG. Mortality and prognosis of obstructing carcinoma of the large bowel. Am J Surg 1976; 131: 36-41.
15. Ohman U. Prognosis in patients with obstructing colorectal carcinoma. Am J Surg 1982; 143: 724-747.
16. Pescatori M, Maria G, Beltrani B, Mattana C. Site emergency and duration of symptoms in the prognosis of colorectal cancer. Dis Colon Rectum 1982; 25: 33-40.
17. Raftery TL, Samson N. Carcinoma of the colon; a clinical correlation between presenting symptoms and survival. Am Surg 1980; 46: 600-606.
18. Schein CJ, Gemming RH. The prognostic implications of obstructing left colon cancers. Dis Colon Rectum 1981; 24: 454-455.
19. Small WT. Discussão: In: Dutton JW, Hreno A, Hampson LG. Mortality and prognosis of obstructing carcinoma of the large bowel. Am J Surg 1976; 131: 36-41.
20. Welch JP, Donaldson GA. Management of severe obstruction of the large bowel due to malignant disease. Am J Surg 1974; 127: 492-499.