

RECIDIVA PELVI-PERINEAL APÓS AMPUTAÇÃO DO RETO POR ADENOCARCINOMA

JOSÉ HYPPOLITO DA SILVA, TSBCP

SILVA JH — Recidiva pelvi-perineal após amputação do reto por adenocarcinoma. *Rev bras Colo-Proct*, 1989; 9(3): 107-109. —

RESUMO: Oitenta e quatro pacientes submetidos à amputação abdominoperineal do reto por adenocarcinoma, no período de 1978 a 1983, foram seguidos por cinco ou mais anos. A recidiva local ocorreu em 20 pacientes, a maioria ao cabo dos dois primeiros anos. Dos tumores recidivados, a quase totalidade correspondeu a lesões originalmente com comprometimento perirretal ou linfonodal (Astler-Coller BII, CI e CII).

UNITERMOS: câncer do reto, recorrência local

A recidiva pelvi-perineal constitui uma ocorrência freqüente e bastante temida na cirurgia do câncer retal. Estima-se que em cada cinco pacientes operados com intenção curativa, um apresentará recidiva local^{1,4}.

A distinção entre recidiva pélvica e perineal é de capital importância, uma vez que a etiologia, o diagnóstico e o tratamento são diferentes^{1,7}.

A recidiva perineal é conseqüente à ressecção inadequada ou implante de células tumorais na cicatriz. O diagnóstico, em geral, é feito através da história e do exame físico local, sendo confirmado por exame anátomo-patológico, com material colhido por biópsia prévia ou por ressecção cirúrgica.

A recidiva pélvica ocorre ao longo das paredes ósseas da pélvis, raramente invadindo o osso, a não ser tardiamente; causa dor por pressão nos nervos, irradiada para as pernas. Raramente estende-se ao abdômen e se confunde com fibrose cicatricial decorrente de cirurgia. A comprovação histológica é difícil. Representa doença residual na pélvis, ganglionar ou extensão microscópica não reconhecida

durante a cirurgia. A cura é difícil, quer por excisão cirúrgica, quer por outra modalidade de tratamento. O diagnóstico através do exame físico é difícil, a não ser, em alguns casos, pela palpação da parte posterior da vagina. A punção biópsia tem sido utilizada na tentativa de obtenção de material para exame anátomo-patológico.

Os meios propedêuticos complementares mais comumente utilizados são por imagem; raio-X simples de bacia raramente fornece subsídios; urografia excretora pode mostrar dilatação ureteral ou compressão vesical; ultrassonografia e tomografia computadorizada estão sendo cada vez mais utilizadas em virtude da positividade de informações.^{1,8} O CEA, embora utilizado no rastreamento, nem sempre se eleva nas recidivas locais^{3, 8, 13}.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Oitenta e quatro pacientes portadores de adenocarcinoma do reto foram submetidos a amputação abdômino-perineal do reto no período de 1978 a 1983 no Hospital Heliópolis — SP e seguidos ambulatorialmente por no mínimo cinco anos (*Tabela 1*).

RESULTADOS

Do total, oito faleceram no pós-operatório imediato por causas diversas, 20 apresentaram recidiva local, 14 recidiva à distância, 14 não retornaram ao ambulatório além de uma vez e 28 viveram cinco ou mais anos.

Os 20 pacientes com recidiva local haviam sido classificados segundo Astler-Coller conforme a *Tabela 2*.

O tempo decorrido entre a cirurgia e o aparecimento da recidiva variou de um a quatro anos (*Fig. 1*) e todos esses pacientes haviam falecido ao final de cinco anos (*Fig. 2*).

O diagnóstico da recidiva foi feito através das manifestações clínicas, bem como por meio dos métodos propedêuticos acima assinalados.

Tabela 1 - Recidiva pelvi-perineal.

Ano	Nº de casos operados	Óbitos PO	Recidiva pelvi-perineal	Recidiva distância	Sem seguimento	Sobrevida 5 ou + anos
1978	8	-	5	-	3	-
1979	9	1	1	2	-	5
1980	14	1	2	6	1	4
1981	12	2	3	1	2	4
1982	18	1	5	1	3	8
1983	23	3	4	4	5	7
Total	84	8	20	14	14	28

Tabela 2 - Recidiva pelvi-perineal, Classificação de Astler-Coller.

Classificação	Nº de casos
A	-
B I	2
B II	6
C I	4
C II	8
Total	20

DISCUSSÃO

A recidiva local após amputação do reto por adenocarcinoma apresenta um prognóstico bastante ruim, em virtude dos meios terapêuticos disponíveis não serem totalmente eficazes no controle da doença^{1,6}. Acredita-se que um em cinco pacientes apresentará recidiva local em cinco anos. Outros autores apresentam números ainda mais elevados que os 32% desta série^{1,4}.

Quando a recidiva ocorre, ela se manifesta ao cabo dos dois primeiros anos, na maioria dos casos, e, nessa eventualidade costuma ser fatal em igual período^{1,2,7,12,20,21}. No nosso material 50% das recidivas ocorreram em um ano e 30% em dois anos.

Treze pacientes faleceram devido a recidiva nos dois primeiros anos após a operação, e somente dois viveram cinco anos.

Verificamos que quanto mais tardia a recidiva, melhor o prognóstico, o que está de acordo com a literatura^{6,9}.

Outro dado interessante colhido na análise dos casos foi a relação existente entre o grau de penetração na parede e a recidiva (Tabela 2) mostrando que o acometimento linfonodal (CI e CII) ou da gordura perirretal (BII) favorece a ocorrência^{5,10,11,12,15,19}.

No material estudado não houve uniformidade de seguimento propedêutico, uma vez que só mais recentemente metástase extra pélvica¹⁸, e, portanto, uma vez diagnósticada, computadorizada.

A dosagem do CEA não contribuiu para o diagnóstico precoce da recidiva local, fato esse observado por outros autores^{3,7,13}. Valores altos frequentemente indicam metástases extrapélvicas¹⁸, e, portanto, uma vez diagnosticada a recidiva local, deve-se suspeitar de doença disseminada⁷.

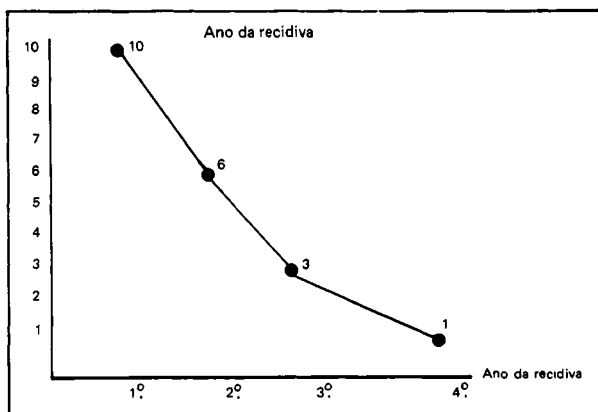


Fig. 1

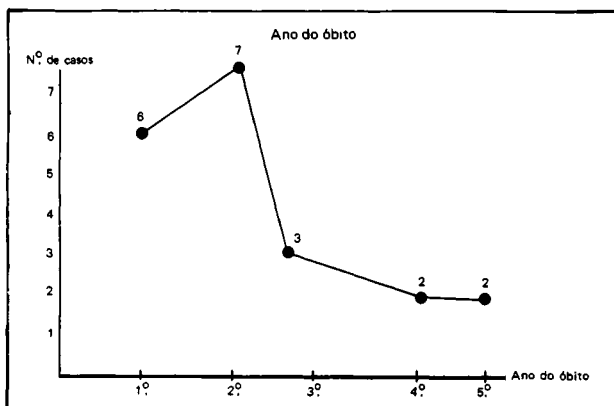


Fig. 2

SILVA JH - Pelvic and perineal recurrence after abdomino-perineal resection of carcinoma of the rectum.

SUMMARY: Local recurrence was evaluated in 84 patients submitted to "curative" abdominoperineal resection due to adenocarcinoma of the rectum who were followed-up for five or more years. This feature was detected in 20 patients and, in most of the cases, within two years after surgery. The majority of the tumors of the patients who presented local recurrence were Astler-Coller B2 or C.

KEY WORDS: cancer of the rectum, local recurrence

REFERÊNCIAS

1. Adloff M, Arnaud JP, Schloefel M, Thibaud D. Factors influencing local recurrence after abdomino perineal resection for cancer of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 414-415.
2. Bacon HE, Berkley JL. The rationale of re-resection for recurrent cancer of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1979; 2: 549-554.
3. Beart RW, O'Connell MJ. Postoperative follow-up of patients with carcinoma of the colon. *Mayo Clin Proc* 1983; 58: 361-363.
4. Cohen AM, Gunderson LL, Welch CE. Radiation therapy of rectal cancer. *World J Surg* 1982; 6: 560-568.
5. Dautre LP, Perissat J, Dost CH, Albalat F. Les récidives pelvi-périnéales après amputation du rectum pour cancer. *J Chir* 1982; 119: 91-96.
6. Dumphy JE. Metastatic and recurrent cancer of the colon and rectum: Surgical significance and management. *Dis Colon Rectum* 1959; 2: 77-83.
7. Gilbert JM, Jeffrey I, Evans M, Kark AE. Sites of recurrent tumour after curative colorectal surgery: implications for adjuvant therapy. *Br J Surg* 1984; 71: 236-205.
8. Graffner H, Hultberg B, Johansson B, Moller T, Petersson BG. Detection of recurrent cancer of the colon and rectum. *J Surg Onc* 1985; 28: 156-159.
9. Green WW, Blank WA. Perineal recurrence after abdomino-perineal resection of carcinoma of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1963; 26: 115-129.
10. Gunderson LL, Sosin H. Areas of failure found at reoperation (second or symptomatic look) following "Curative surgery" for adenocarcinoma of the rectum. *Cancer* 1974; 34: 1278-1292.
11. Luke M, Kirkegaard P, Lendorf A, Christiansen J. Pelvic recurrence rate after abdominoperineal resection and low anterior resection for rectal cancer before and after introduction of the stapling technique. *World J Surg* 1983; 7: 616-619.
12. McDermott FT, Hughes ESR, Johnson WR, Price AB. Local recurrence after potentially curative resection for rectal cancer in a series of 1,008 patients. *Br J Surg* 1985; 72: 34-37.
13. Moertel CG, Schutt A, Go VLW. Carcino embryonic antigen test for recurrent colorectal carcinoma. *JAMA* 1978; 239: 1065-1066.
14. Morson BC, Baughn EG, Bussey HJ. Pelvic recurrence after excision of rectum for carcinoma. *Br Med J* 1963; 2: 13-18.
15. Rao AR, Kagan AR, Chan PM, Gilbert HA, Nussbaum H, Hintz BL. Patterns of recurrence following curative resection alone for adenocarcinoma of the rectum and sigmoid colon. *Cancer* 1981; 48: 1492-1495.
16. Silva JH. Tratamento da recidiva pélvica. *Arq Bras Cir Dig Supl* 1987; 3: 102-103.
17. Stearns MW. Diagnosis and management of recurrent pelvic malignancy following combined abdominoperineal resection. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 359-361.
18. Takagi H, Nieuniri R, Kato T, Yasue M, Hara S, Suzuki R. Diagnosis and operation for locally recurrent rectal cancer. *J Surg Oncol* 1985; 28: 290-296.
19. Tonak J, Gall FP, Hermanek P, Hager TH. Incidence of local recurrence after curative operations for cancer of the rectum. *Aust N Z J Surg* 1982; 52: 23-27.
20. Vassilopoulos PP, Ledesma EJ, Yoon JM, Jung O, Mittelman A. Surgical treatment of metastatic colorectal adenocarcinoma. *Dis Colon Rectum* 1981; 24: 265-271.
21. Welch JP, Donaldson GA. The clinical correlation of an autopsy study of recurrent colorectal cancer. *Am J Surg* 1978; 135: 505-511.