

---

# RESULTADOS IMEDIATOS DA OPERAÇÃO DE RESSECÇÃO EM TRÊS TEMPOS EM DOENTES COM NEOPLASIA OBSTRUTIVA DE CÓLON ESQUERDO E RETO

MÁRIO SILVA MONTEIRO  
BÓRIS BARONE, TSBCP  
DÉLCIO MATOS, TSBCP

---

MONTEIRO MS, BARONE B, MATOS D - Resultados imediatos da operação de ressecção em três tempos em doentes com neoplasia obstrutiva de cólon esquerdo e reto. *Rev bras Colo-Proct.*, 1990; 10(1): 9-12

**RESUMO:** Os autores estudam retrospectivamente 26 pacientes portadores de neoplasia obstrutiva de cólon esquerdo e reto, que foram tratados inicialmente com uma descompensação, a seguir a ressecção e posteriormente o fechamento de colostomia. A morbidade global foi de 54,9% e a mortalidade global de 15,4%. A ressecabilidade foi de 53,9%, sendo que nenhuma das neoplasias de reto foi ressecada. Concluem que a operação em três tempos é eficiente para o tratamento dessa complicação, apresentando, no entanto, alta morbidade e mortalidade, e tempo de internação prolongado.

**UNITERMOS:** obstrução intestinal; operação em três tempos; neoplasia colo-retal

---

Devido à grande freqüência com que ocorre, a neoplasia obstrutiva de cólon esquerdo e reto é motivo de inúmeras publicações na literatura.

Em relação ao tratamento, basicamente têm sido utilizados três tipos de procedimentos: a) a descompressão inicial, a ressecção em um segundo tempo e,

---

*Trabalho realizado na Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina (Serviço Prof. Dr. Jesus Pan Chacon).*

posteriormente, o fechamento da colostomia; b) a ressecção primária da região comprometida pela neoplasia; c) e, mais recentemente, a colectomia subtotal ou total íleo-sigmóide ou íleo-retoanastomose.

Essa variabilidade de procedimentos para esse tipo de obstrução intestinal é consequência de alta morbidade e mortalidade dos pacientes que são acometidos por essa enfermidade.

O objetivo desse trabalho foi estudar os pacientes operados com neoplasia obstrutiva de cólon esquerdo e reto e que foram tratados com a operação em três tempos como proposta inicial.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram analisados, retrospectivamente, 26 pacientes que foram tratados inicialmente com uma colostomia descompressiva. A idade variou entre 24 e 78 anos, sendo 51,9 a idade média; 12 pacientes (46,1%) eram do sexo masculino e 14 (53,9%) do sexo feminino.

A distribuição topográfica da neoplasia encontrada foi a seguinte: cólon transversal, 1 (3,8%); ângulo esplênico, 5 (19,3%); descendente, 2 (7,6%); sigmóide, 11 (42,3%); junção reto-sigmóide, 3 (11,5%); e reto, 4 (15,5%). Dois pacientes apresentavam perfuração, um deles em cavidade livre e outro o próprio tumor, porém bloqueada.

Através de laparotomia e inspeção delicada da cavidade abdominal, foram realizados os seguintes procedimentos: transversostomia em alça, 20 (76,9%); transver-

sostomia em alça com rafia da perfuração, 1 (3,8%); sigmoidostomia em alça, 3 (11,5%); sigmoidostomia em alça com rafia da perfuração, 1 (3,8%); e sigmoidostomia em duas bocas, 1 (3,8%).

Após a descompressão, nove pacientes (34,6%) não foram reoperados, dos quais três (11,5%) por carcinomatose, dois (7,6%) por irresssecabilidade, três (11,5%) por óbito e um (3,8%) por recusa ao segundo tempo operatório.

Dezessete pacientes (65,4%) foram submetidos ao segundo tempo operatório, na mesma internação, entre oito e 41 dias, com média de 20,4 dias. Foram realizadas 13 hemicolectomias esquerdas e uma retossigmoidectomia. Três pacientes portadores de tumor de reto tiveram suas lesões consideradas irresssecáveis.

Dos 14 pacientes ressecados, 8 (57,1%) foram submetidos ao fechamento da colostomia posteriormente, no intervalo de um a 12 meses de pós-operatório, sendo seis deles nos primeiros quatro meses.

## RESULTADOS

A evolução pós-operatória do primeiro tempo cirúrgico está representada na Tabela 1. Os pacientes que apresentavam peritonite fecal evoluíram no pós-operatório com insuficiência respiratória e insuficiência renal agudas. Outro caso de insuficiência respiratória aguda ocorreu em um paciente portador de carcinomatose. A icterícia ocorreu no pós-operatório de um paciente portador de anemia hemolítica. O prolapso das colostomia ocorreu em um paciente no sexto dia de pós-operatório. Nenhum paciente necessitou de uma reinternação para o tratamento do quadro de obstrução intestinal. Ocorreram três óbitos (11,5%) nesse primeiro tempo de tratamento. Os dois pacientes com peritonite fecal evoluíram para o óbito no primeiro e quinto dias de pós-operatório. O terceiro óbito ocorreu em um doente com carcinomatose e disseminação à distância, que evoluiu para insuficiência respiratória aguda no décimo oitavo dia de pós-operatório.

Tabela 1 - Complicações pós-operatórias do 1.º tempo cirúrgico

Complicações	N.º de pacientes	%
N.º de pacientes	14	53,9
Infecção de parede	8	30,7
Pneumonia	2	7,6
Insuficiência respiratória	3	11,5
Insuficiência renal	2	7,6
Infecção urinária	1	3,8
Icterícia hemolítica	1	3,8
Escara de decúbito	1	3,8
Prolapso de colostomia	1	3,8
Óbito	3	11,5

No segundo tempo cirúrgico ocorreram complicações pós-operatórias em 12 pacientes (70,5%), conforme Tabela 2. A única fístula observada em paciente submetido à ressecção evoluiu com fechamento espontâneo no vigésimo dia de pós-operatório. O óbito ocorreu em um paciente por choque tóxico-infeccioso com insuficiência respiratória aguda, no décimo dia de pós-operatório de hemicolectomia esquerda.

Tabela 2 - Complicações pós-operatórias do 2.º tempo cirúrgico

Complicações	N.º de pacientes	%
N.º de pacientes	12	70,5
Infecção de parede	11	64,7
Pneumonia	2	11,7
Insuficiência cardíaca	2	11,7
Trombose venosa profunda	1	5,8
Fístula cólica	1	7,1
Insuficiência respiratória	1	5,8
Óbito	1	5,8

No terceiro tempo cirúrgico, isto é, do fechamento da colostomia, ocorreu como única complicação a infecção de parede em dois pacientes (25%), que foi tratada com cuidados locais e antibioticoterapia. O tempo de internação variou entre oito e 13 dias, média de 9,7 dias.

Dos 14 pacientes ressecados (53,9%), 8 (57,1%) eram portadores de tumores Dukes B e 6 (42,9%) Dukes C, sendo 5 (35,7%) C<sub>1</sub> e 1 (7,2%) C<sub>2</sub>.

Os pacientes submetidos à ressecção tiveram permanência hospitalar entre 23 e 60 dias, média de 36,5 dias. Nos oito pacientes submetidos aos três tempos cirúrgicos, a permanência hospitalar total foi entre 34 e 72 dias, média de 46 dias.

A morbidade global após 51 procedimentos cirúrgicos nas três fases foi de 54,9% e a mortalidade foi de 15,4% (quatro pacientes).

## DISCUSSÃO

A escolha da cirurgia em três tempos para o tratamento da neoplasia obstrutiva de cólon esquerdo e reto em nosso serviço foi baseada no fato de que o cirurgião que realiza o primeiro atendimento apresenta-se em fase de treinamento, sendo residentes na sua totalidade. Outros fatores que influenciaram nessa escolha foram a impossibilidade de preparo de cólon nessa circunstância e, ainda, a condição clínica geral do paciente, alterada pela obstrução intestinal.

Quanto ao local da colostomia, o cólon transversal próximo ao ângulo hepático nos parece ser o local mais conveniente, por não criar dificuldades técnicas no segundo ato cirúrgico, pois a possibilidade de hemicolectomia esquerda será dificultada pela presença da sigmoidostomia, além de maior contaminação fecal no campo operatório (7, 14).

A presença de perfuração com peritonite fecal agrava muito o prognóstico do paciente (10, 13), em consequência de quadro séptico.

A ressecabilidade dos tumores em pacientes que foram submetidos ao segundo tempo operatório foi de 82,3%, sendo que nenhum dos tumores de reto foi ressecado. A ressecabilidade da neoplasia de cólon esquerdo e reto varia entre 46,7%, 61%, 78% e 90% (9, 10, 12, 15).

As complicações mais graves no pós-operatório da descompressão estavam relacionadas com a sepse abdominal dos pacientes que apresentavam perfuração. A infecção de parede foi a complicação mais freqüente, estando relacionada com a cirurgia de cólon de urgência e, a própria realização da colostomia que colabora para alto nível de contaminação (20).

No segundo ato operatório a infecção de parede foi novamente a complicação mais freqüente, apesar do preparo de cólon, e a presença de colostomia deve ter sido o fator predisponente pela dificuldade de seu isolamento completo com a incisão cirúrgica. A deiscência da anastomose foi detectada clinicamente e evoluiu com fechamento espontâneo no pós-operatório, uma vez que apresentava colostomia proximal à fístula.

Vários autores referem que a ressecção primária abrevia o tempo de internação, entre 12 e 20 dias, e conseqüentemente diminui os custos do tratamento (16, 19, 23). A ressecção em estágios exige nova internação e o tempo de permanência hospitalar após os três tempos é elevado quando comparado com a ressecção primária.

Autores como *Ohman* (19), acreditam que a operação de ressecção em três tempos, considerada como tratamento clássico, seja a mais segura e que deva ser utilizada nessa situação. Os autores que utilizam a descompressão inicial (4, 5, 8, 10, 17, 24), citam que a falta de preparo de cólon aumentaria o risco de deiscência da anastomose na ressecção primária e, conseqüentemente, o aumento da morbidade e mortalidade. Ainda é relatada a facilidade do procedimento e o menor tempo cirúrgico na descompressão, podendo ainda ser feita sem a necessidade da laparotomia exploradora ("às cegas"), uma vez localizado o ponto de obstrução.

Outros, como *Fielding e col.* (9), preconizam a ressecção primária para todos os pacientes selecionados que não apresentem grande distensão, estado clínico e nutricional preservados e com doença não avançada. As vantagens da ressecção primária seriam, além do menor tempo de internação, a de evitar a disseminação e a progressão da doença enquanto se aguarda o segundo tempo cirúrgico. A falta de preparo de cólon poderia ser minimizada com a transversostomia protetora ou ainda com a exteriorização à Hartman.

Mais recentemente, vários autores (6, 11, 16, 18) vêm indicando a realização da colectomia subtotal com ileo-sigmóide ou ileo-retoanastomose primária, como tratamento de escolha para a neoplasia obstrutiva de cólon esquerdo e reto. As vantagens desse procedimento seriam: apenas uma operação e conseqüentemente uma internação; tratar a complicação e a etiologia; evitar a evolução da doença enquanto se aguarda um outro tempo cirúrgico; retirada de polipos e tumores sincrônicos; dispensa o preparo de cólon, que é uma das maiores críticas à ressecção primária; menor tempo de internação; menor morbidade e mortalidade.

A morbidade e mortalidade em relação à descompressão inicial e a ressecção primária segmentar apresentam índices semelhantes na literatura, estando entre 10 a 82% (2-5, 8, 10, 17, 24, 25) e zero a 30% (1-5, 8, 9, 17, 21, 22, 25), respectivamente.

Em relação à colectomia subtotal, devemos aguardar novas publicações com casuísticas maiores e de natureza prospectiva, para uma avaliação mais fundamentada desse procedimento, que ainda é visto com certas restrições para muitos cirurgiões, face à maior ressecção incluindo segmento intestinal não comprometido pela doença e, a necessidade de experiência maior da equipe que a executa. A morbidade e a mortalidade são menores nessa situação, 35 a 40% (6, 18) e zero a 14% (6, 11, 16, 18), respectivamente.

Finalmente, um fator importante e que merece citações na literatura (9, 21) é o aspecto da experiência do cirurgião que trata a obstrução. *Fielding e col.* (9) publicam a proporção de 3:1 de óbitos pós-operatórios para operações realizadas por cirurgiões em treinamento, comparadas com cirurgiões de maior experiência.

## CONCLUSÃO

O tratamento da obstrução intestinal por neoplasia de cólon esquerdo e reto, através de ressecção em três estágios, não foi isento de complicações e mortalidade e, portanto, persiste a dúvida quanto ao tratamento ideal. O fato de termos achado índices de morbidade e mortalidade pós-operatória semelhantes, tanto em autores que realizam ressecções em estágios como naqueles que realizam ressecções primárias, nos permite dizer que a ressecção em três estágios, com a colostomia descompressiva em um primeiro tempo, pode ser considerada como método eficiente para uma enfermidade que se apresenta freqüentemente em nossos serviços de pronto atendimento.

---

**MONTEIRO MS, BARONE B, MATOS D - Results of staged resection for bowel obstruction caused by colorectal cancer.**

**SUMMARY:** The authors studied retrospectively 26 patients with neoplastic obstruction of the left colon and rectum submitted to decompressive colostomy, colonic resection and closure of the colostomy in the three-staged method of surgical treatment. The morbidity rate was 54.9% and the mortality rate was 15.4%. The resectability rate was 53.9% and no one of the rectum cancer could be removed. They conclude that the method is good but shows high morbidity and mortality rates with long periods of hospital staying.

**KEY WORDS:** intestinal obstruction; staged operation; colorectal cancer

---

REFERÊNCIAS

1. Amsterdam E, Krispin M. Primary resection with colostomy for obstructive carcinoma of the left of the colon. *Amer J Surg* 1985; 150: 558-560.
2. Cerdan-Miguel FJ, Vidaur FA, Fernandez JM, Casado MTM, Juan RLS. Intestinal obstruction caused by colorectal cancer. Study of 43 cases. *Rev Esp Enf Apar Dig* 1982; 62: 291-298.
3. Champault G, Adlof M, Arnaud JP, Brancher D. Colonic occlusions retrospective cooperative study of 497 cases. *Paris. J Chir* 1983; 120: 47-56.
4. Clark J, Hall AW, Moosa AR. Treatment of obstructing cancer of colon and rectum. *Surg Gynec Obstet* 1975; 141: 541-4.
5. Crooms JW, Kovalcik PJ. Obstruction of left sided colon carcinoma. *Amer Surg* 1984; 50: 15-19.
6. Deutsch AA, Zelikovski A, Sternberg A, Reiss R. One-stage subtotal colectomy with anastomosis for obstructing carcinoma of the left colon. *Dis Colon Rect* 1983; 26: 27-230.
7. Farrel JJ. Obstruction intestinal. In *Enfermidades Del Ano, Recto Colon*. Robert Turell, Editorial Beta S.R.L., Buenos Aires, Vol. II 1962: 3-17.
8. Fielding LP, Wells BW. Survival after primary and after staged resection for large bowel obstruction caused by cancer. *Brit J Surg* 1974; 61: 8-16.
9. Fielding LP, Stewart-Brown S, Blesovski L. Large bowel obstruction caused by cancer. A prospective study. *Brit Med J* 1979; 2: 515-517.
10. Genaro AR, Tyson RR. Obstructive colonic cancer. *Dis Colon Rect* 1978; 21: 346-351.
11. Glass RL, Smith L, Smith LE, Cochran RC. Subtotal colectomy for obstruction carcinoma of the left colon. *Amer J Surg* 1983; 145: 335-6.
12. Glenn F, McSherry CK. Obstruction and perforation in colorectal cancer. *Ann Surg* 1971; 173: 983-992.
13. Greenlee HB. Acute large bowel obstruction. An Update. *Surg Ann* 1982; 14: 253-76.
14. Haddad J, Leonardi LS, Simonsen O, Habr-Gama A, Raia A. Obstrução intestinal por câncer dos cólons e reto. *Rev Assoc Med Brasil* 1969; 15: 229-234.
15. Hoffmann J, Jensen HE. Tube cecostomy and staged resection for obstructing carcinoma of the left colon. *Dis Colon Rect* 1984; 27: 24-52.
16. Hugues ESR, Cuthbertson AM. Subtotal colectomy of obstructing carcinoma of the upper left colon. *Dis Colon Rect* 1965; 8: 411-412.
17. Hugues ESR. Mortality of acute large bowel obstruction. *Brit J Surg* 1966; 53: 593-594.
18. Klatt GR, Martin WH, Gillespie JT. Subtotal colectomy with primary anastomosis without diversion in the treatment of obstructing carcinoma of the left colon. *Amer J Surg* 1981; 141: 577-578.
19. Ohman V. Prognosis in patients with obstructing colo-rectal carcinoma. *Amer J Surg* 1982; 143: 742-747.
20. Payne RL, McAlpine RE. Obstruction of the colon: Resection in two stages. *Ann Surg* 1961; 6: 871-876.
21. Sames P. Large bowel obstruction caused by cancer (letter). *Brit Med J* 1979; 2(6194): 864.
22. Valerio D, Jones PF. Immediate resection in the treatment of large bowel emergencies. *Brit J Surg* 1978; 65: 712-716.
23. Wangsteen OH. Cancer of the colon and rectum with special reference to 1 earlier recognition of alimentary tract malignancy; 2 secondary delayed of the abdomen in patients exhibiting lymph node involvement; 3 subtotal primary excision of the colon; 4 operation in obstruction. *Wis Med J* 1949; 48: 591-598.
24. Welch JP, Donaldson GA. Management of severe obstruction of the large bowel due to malignant disease. *Amer J Surg* 1974; 124: 492-9.
25. Zlatarski G, Kamenov G, Wassev N. Operative practice in colonic obstruction of neoplastic origin. *Zbl Chir* 1978; 103: 1618-22.