

ANÁLISE DO TEMA: RESSECÇÃO TOTAL DO MESO-RETO MELHORA A CURA DO CÂNCER DO RETO?

RENATO ARAÚJO BONARDI, TSBCP

BONARDI RA - Análise do tema: ressecção total do meso-reto melhora a cura do câncer do reto? *Rev bras Colo-Proct*, 1994; (14):252

A recidiva do câncer do reto varia até 45%, e a ressecção total do meso-reto é dita que elimina quase todas as recidivas locais após a cirurgia curativa. MacFarlane, Ryall e Heald independentemente analisaram de modo prospectivo todos os casos de câncer retal em um único serviço, de 1978 a 1991. Foram excluídos do estudo os pacientes com lesões Dukes A, lesões acima de 12 cm da margem anal e as cirurgias não consideradas curativas. O grupo estudado incluiu 135 pacientes considerados com alto risco de recidiva local. Os pacientes foram submetidos a exames e dosagem do CEA a cada três meses durante dois anos, a cada seis meses por três anos e anualmente após este período. O estudo ainda está em andamento porém uma análise foi realizada com um seguimento médio de 7,7 anos, que corresponde a outro estudo do "North Central Cancer Treatment Group" (NCCTG).

Os dados atuais revelaram uma recidiva local após uma ressecção anterior baixa curativa após cinco anos em 4%, com uma taxa de recidiva global de 18%. Após 10 anos as taxas foram 4% e 19% respectivamente. No grupo dos 135 pacientes em estudo, os resultados da ressecção do meso-reto foram substancialmente melhores que aqueles relatados pelo NCCTG com a cirurgia convencional associada a radioterapia ou combinada com a quimioterapia: 5% de recidivas locais comparadas com 25% e 13,5% respectivamente. A recidiva global foi de 22% (Dukes B - 15%; Dukes C - 32%) comparada com 62,7% e 41,5% no estudo do NCCTG.

A ressecção total do meso-reto compreendendo toda a área do campo tumoral pode melhorar os índices de cura e reduzir as discrepâncias dos resultados entre cirurgias diversos. Mais cirurgias curativas podem ser realizadas. Melhores resultados são essenciais para a seleção mais aprimorada dos pacientes para tratamento adjuvante.

COMENTÁRIO

Até o presente momento não existem estudos controlados que tenham sido realizados que possam apoiar o concei-

to de que uma cirurgia radical diminui a recidiva local em casos de câncer retal. Entretanto com taxas de recidiva local de 15% e 25% após cirurgias consideradas curativas no câncer retal, qualquer tentativa de reduzir taxas tão elevadas é válida. Embora a recidiva local deva ser a evolução inevitável da natureza intrínseca do tumor ou simplesmente refletir a nossa inabilidade de reconhecer recidivas concomitantes, temos também que apreciar o fato de que isto pode representar a escolha mal feita de um paciente ou uma cirurgia mal executada. A técnica da ressecção total do meso-reto preconizada pelos autores inclui uma dissecação meticulosa do plano avascular atrás do meso-reto bem como uma ressecção completa das suas porções laterais e anterior. A fâscia de Denonvillier e a reflexão peritoneal anteriormente também são removidas. Com esta técnica os autores relatam uma recidiva local de 5% mesmo em pacientes com alto risco de disseminação tumoral. Embora estes resultados sejam invejáveis e em última análise mudem a nossa prática cirúrgica, alguns detalhes devem ser comentados. Em primeiro lugar estes dados não puderam ser reproduzidos por outros autores e não existem estudos controlados ou randomizados em que todas as variáveis possam ser eliminadas. Segundo: é perplexo notar que neste artigo cerca de 25% dos casos foram considerados não curados e excluídos do estudo, tanto aqueles que apresentavam metástases a distância como aqueles que apresentavam pequena doença residual na pélvis. Terceiro, uma amputação abdominoperineal do reto que implica numa ressecção completa do meso-reto está também associada a uma relativa alta incidência de recidivas locais devida à natureza e à extensão da doença. Finalmente Ekelund demonstrou muito claramente a nossa inabilidade de detectar recidivas locais.

Estes comentários sugerem uma análise mais criteriosa da validade desta técnica cirúrgica que poderão influenciar nossa conduta nas ressecções oncológicas no futuro.

Endereço para correspondência:
Renato A. Bonardi
Rua Olavo Bilac, 680
80440-040 - Curitiba - PR