

CÂNCER DO RETO MÉDIO. AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

SÉRGIO HENRIQUE COUTO HORTA
KAISER DE SOUZA KOCK
GALDINO JOSÉ SITÔNIO FORMIGA, TSBCP
JOSÉ HYPPÓLITO DA SILVA, TSBCP

HORTA SHC, KOCK KS, FORMIGA GJS & SILVA JH - Câncer do reto médio. Avaliação do tratamento cirúrgico. Rev bras Colo-Proct, 1996; 16(4): 196-199

RESUMO: A conduta no tratamento do câncer do reto médio é ainda controversa. Várias opções de tratamento cirúrgico foram avaliadas retrospectivamente em 73 pacientes operados, durante o período de fevereiro de 1990 a fevereiro de 1996. A amputação abdômino-perineal do reto foi realizada em 16 pacientes, sendo a deiscência da ferida perineal a principal complicação, que ocorreu em 50% dos casos. Um paciente foi submetido a proctocolectomia total. A operação de Hartmann foi feita em 20 pacientes ocorrendo 20% de morbidade e 20% de mortalidade, devido a complicações clínicas. Em 20 pacientes foi realizada ressecção anterior seguida de anastomose. Em 10 casos foi realizada anastomose manual, não havendo complicações. Nos outros 10 casos foi feita anastomose mecânica, havendo duas deiscências da anastomose e um óbito relacionado a complicação clínica. Em oito pacientes foi realizada ressecção com abaixamento coloanal, ocorrendo 50% de complicações devido à necrose e retração do cólon abaixado. Ocorreu um óbito relacionado à complicação cirúrgica. Em oito casos não foi efetuada a ressecção do tumor devido às precárias condições clínicas em que se encontravam estes pacientes. Concluímos que a conduta cirúrgica adequada no câncer do reto médio depende de avaliação criteriosa, considerando a condição local do tumor, a situação clínica do paciente e a experiência da equipe cirúrgica.

UNITERMOS: câncer; reto médio; cirurgia

Os tumores do reto médio, situados entre 5 e 10 cm da borda anal, têm conduta cirúrgica controversa. Considerando esta polêmica, foi avaliada em trabalho retrospectivo, a experiência do serviço de Colo-Proctologia do Hospital Heliópolis, em seis anos de tratamento do adenocarcinoma do reto médio.

O objetivo deste trabalho é avaliar as modalidades de tratamento cirúrgico para os carcinomas do reto médio.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram estudados 73 pacientes portadores de adenocarcinoma do reto médio tratados no serviço de Colo-Proctologia do Hospital Heliópolis, no período de 1990 a 1996.

Do total de 73 pacientes, 37 (50,5%) eram do sexo feminino e 36 (49,4%), do masculino. A idade variou entre 20 e 90 anos, com média de 60,2 anos. A distribuição dos casos, de acordo com a faixa etária, está citada na Tabela 1. Os principais sintomas, que foram múltiplos para cada paciente, estão citados na Tabela 2. O tempo decorrido desde o início dos sintomas até o diagnóstico variou de dois a 24 meses, com média de 7,3 meses.

Foram estudados os seguintes aspectos: estadiamento pré-operatório, necessidade de transfusão sanguínea, procedimento cirúrgico realizado, complicações associadas a cada procedimento e estudo anatomopatológico da peça operatória, de acordo com as classificações de Broders e Astler-Coller.

Tabela 1 - Distribuição dos casos de acordo com a faixa etária.

| Faixa etária | Nº de pacientes | % |
|--------------|-----------------|------|
| 20 a 29 anos | 4 casos | 5,4 |
| 30 a 39 anos | 3 casos | 4,1 |
| 40 a 49 anos | 9 casos | 12,3 |
| 50 a 59 anos | 14 casos | 19,1 |
| 60 a 69 anos | 18 casos | 24,6 |
| 70 a 79 anos | 18 casos | 24,6 |
| 80 a 89 anos | 6 casos | 8,2 |
| 90 anos | 1 caso | 1,3 |

Tabela 2 - Principais sintomas.

| Sintoma | Nº de pacientes | % |
|----------------|-----------------|------|
| Puxo e tenesmo | 59 | 80,0 |
| Hematoquezia | 55 | 75,0 |
| Emagrecimento | 22 | 30,0 |
| Suboclusão | 7 | 9,5 |
| Muco | 3 | 4,1 |
| Dor em cólica | 3 | 4,1 |
| Anemia | 3 | 4,1 |

RESULTADOS

Ao exame proctológico, 39 pacientes (53,5%) apresentaram lesão acima da segunda válvula de Houston; em 34 (46,5%) a lesão comprometia a válvula.

No estadiamento pré-operatório foi feito RX de tórax em todos os casos, detectando-se metástase pulmonar em quatro pacientes (5,4%). Sete (9,5%) apresentaram hemoglobina menor que 10 mg%. No decorrer do tratamento 35 (47,9%) necessitaram de transfusão sanguínea. A ultra-sonografia abdominal foi efetuada em todos, havendo o diagnóstico de nove (12,3%) casos de metástase hepática. A suspeita de metástase, baseada em dados clínicos, orientou a solicitação de tomografia computadorizada, a qual foi feita em 33 pacientes, com detecção de um caso de metástase cerebral, um caso de lesão localmente avançada e três pacientes com metástase hepática.

A amputação abdômino-perineal do reto foi realizada em 16 pacientes, (21,9%). Destes, dois foram submetidos à radioterapia pré-operatória, com 5.040 cGy associada a quimioterapia com 5-FU e Leucovorin. Em cinco foi feito 1000 cGy no pré-operatório e 3000 cGy no pós-operatório. Em cinco casos (31,2%) foi efetuada colostomia extraperitoneal. Em uma paciente (6,2%) procedeu-se ao esvaziamento pélvico posterior, devido à invasão do tumor do reto ao colo uterino. Em um caso (6,2%) foi realizada ressecção da parede posterior da vagina, também por invasão do tumor. As complicações da amputação abdômino-perineal do reto foram devidas principalmente à deiscência da ferida perineal, que ocorreu em oito casos (50%). Um paciente (6,2%) evoluiu com afundamento da colostomia, tendo feito tratamento conservador. Um caso (6,2%) apresentou no 21º pós-operatório quadro de abdome agudo obstrutivo. Foi levado a laparotomia exploradora que evidenciou hérnia interna. Um paciente foi reoperado no 9º pós-operatório com suspeita de coleção intracavitária, porém, no inventário não foram encontradas alterações. Dos sete pacientes submetidos à radioterapia, um caso (14,2%) evoluiu com enterite actínica, sendo realizada enterectomia seis meses após o término da radioterapia.

Em um caso (1,3%) foi realizada proctocolectomia total devida à polipose colônica múltipla familiar, associada a adenocarcinoma do reto médio, que evoluiu sem complicações.

A cirurgia de Hartmann foi realizada em 20 pacientes (27,3%). Em dois casos (10%) foi feito esvaziamento pélvico posterior, devido à invasão do tumor ao corpo e colo uterino. Em um paciente (5%) foi realizada hemicolectomia esquerda, devida a comprometimento vascular do cólon esquerdo, após ligadura da artéria mesentérica inferior. Ocorreu um caso (5%) de afundamento da colostomia, o qual foi reoperado no 10º pós-operatório, sendo realizada rematuração. Um paciente (5%) evoluiu com deiscência do coto retal, sendo feito tratamento conservador. Ocorreram dois (10%) óbitos devido a complicações clínicas, sendo um por tromboembolismo pulmonar no pós-operatório imediato e outro por infarto agudo do miocárdio no 10º pós-operatório.

Em 10 pacientes (13,6%) foi realizada a retossigmoidectomia anterior com anastomose colorretal manual, utiliza-

do-se fio de algodão 3-0, em plano único extramucoso. Houve dois casos de obstrução intestinal submetidos já previamente à colostomia derivativa em cólon transverso. Em um paciente foi feita colostomia com a finalidade de excluir a anastomose do trânsito intestinal. Nestes três pacientes foi realizado fechamento da colostomia seis meses após a operação. Não houve complicações no pós-operatório.

Em 10 pacientes (13,6%) foi realizada a retossigmoidectomia anterior com anastomose colorretal com stapler ILS 29 e RL 30, utilizando a técnica do duplo grampeamento. Em cinco casos (50%) foi feita colostomia derivativa em cólon transverso, devido a pequeno extravasamento em teste de anastomose feito no transoperatório. Destes pacientes, três realizaram fechamento da colostomia no 4º mês e dois no 6º mês após a cirurgia, respectivamente. Ocorreram dois casos (20%) de deiscência da anastomose: um paciente foi submetido à operação de Hartmann no 5º PO. Foi reoperado no 10º PO por a fundamento da colostomia, a qual foi refeita. Evoluiu com peritonite, sendo feita peritoneostomia no 14º PO e fechamento da parede abdominal no 21º PO com alta hospitalar no 46º PO. O outro paciente foi submetido à operação de Hartmann no 6º PO, evoluindo sem intercorrências. Em um caso (10%) ocorreu deiscência da parede abdominal no 11º PO seguida de evisceração. Foi feita ressutura da parede abdominal. Ocorreu um (10%) óbito no pós-operatório imediato, por insuficiência respiratória com suspeita de tromboembolismo pulmonar.

A ressecção anterior seguida de abaixamento coloanal foi efetuada em oito pacientes (10,9%). O período decorrido entre o primeiro e o segundo tempo da operação variou de 21 a 40 dias. Ocorreu um caso (12,5%) de retração do cólon abaixado sendo efetuado novo abaixamento coloanal no 18º PO. Quatro pacientes (50%) evoluíram com necrose do cólon abaixado. Em um deles (12,5%) foi realizado novo abaixamento no 2º PO, ocorrendo novamente necrose do cólon abaixado, foi realizada operação de Hartmann no 4º PO. Evoluiu para óbito no 7º PO devido à sépsis. Foi o único óbito de toda série relacionado à complicação operatória. Os outros três (37,5%) foram submetidos a novo abaixamento coloanal.

Oito pacientes (10,9%) não foram submetidos à ressecção do tumor, devido à falta de condições clínicas para a operação inicialmente proposta. Destes, três (37,5%) realizaram colostomia derivativa em transverso. Todos estes pacientes fizeram radio e quimioterapia paliativa.

No inventário da cavidade dos pacientes submetidos à laparotomia exploradora, foi diagnosticada metástase hepática em 13 pacientes (17,8%). No estadiamento pré-operatório, a ultra-sonografia hepática evidenciou metástase hepática em nove casos. O exame ultra-sonográfico pré-operatório apresentou falha de diagnóstico em quatro casos (30,7%).

Fez-se o estudo anatomopatológico dos 65 tumores ressecados. A Tabela 3 apresenta o estadiamento, de acordo com a classificação de Astler-Coller. A Tabela 4 mostra a avaliação do grau de diferenciação tumoral, de acordo com Broders.

Tabela 3 - Estadiamento segundo a classificação de Astler-Coller.

| Estádio | Nº de pacientes | % |
|---------|-----------------|------|
| A | Zero | Zero |
| B1 | 5 | 7,6 |
| B2 | 19 | 29,5 |
| C1 | 1 | 1,5 |
| C2 | 40 | 61,5 |

Tabela 4 - Diferenciação celular segundo Broders.

| Grau de diferenciação | Nº de pacientes | % |
|----------------------------|-----------------|------|
| Bem diferenciado | 36 | 55,4 |
| Moderadamente diferenciado | 26 | 40 |
| Pouco diferenciado | 3 | 4,6 |
| Indiferenciado | Zero | Zero |

DISCUSSÃO

Nossos achados quanto à distribuição do sexo e da faixa etária não diferiram dos já citados pela literatura: não houve predomínio de sexo e a maior frequência esteve entre os 50 e 79 anos^(1,2)

A avaliação da tática cirúrgica para abordagem do tumor de reto médio pode parecer, à primeira vista, que a lesão que se situa entre 5 a 10 cm da borda anal seria difícil, após a ressecção, obter uma margem de segurança de 2,0 cm abaixo do tumor, e preservar o aparelho esfinteriano. Entretanto, após a ligadura das asas laterais e mobilização, o reto perde suas curvas laterais e anteroposteriores, fazendo com que a lesão suba cerca de três centímetros. Este fato, que somente poderá ser avaliado durante a operação, torna possível uma ressecção com preservação esfinteriana⁽³⁾.

No estadiamento pré-operatório encontramos 5,4% dos pacientes com metástase pulmonar, 1,3% com metástase cerebral e 12,3% com metástase hepática. Constatamos 30,7% de falha no diagnóstico de metástase hepática pela USG. Devido a isto, atualmente se recomenda o estudo do fígado com USG hepática intra-operatória, no sentido de diminuir a faixa de erro do exame⁽⁴⁻⁶⁾.

A amputação abdômino-perineal do reto foi feita em 21,9% dos casos. A preferência por este tipo de operação é baseada considerando-se vários fatores: os tumores pouco diferenciados ou indiferenciados, o comprometimento da segunda válvula de Houston pelo tumor (46,5% dos casos), compromisso de realizar uma operação mais oncológica possível, pélvis estreita, obesidade e incontinência fecal⁽⁷⁾.

A operação de Hartmann foi realizada em 27,3% dos casos, nos quais havia a intenção de preservação esfinteriana com anastomose. Isto, porém, não foi possível devido serem casos de ressecções paliativas, suboclusão, dificuldade técnica para realizar anastomose, doenças clínicas descompensadas, desnutridos graves e contaminação intra-operatória como ocorre por exemplo em casos de tumor perfurado ou preparo inadequado. A morbidade foi de 10% e consistiu em um caso de afundamento da colostomia e um caso de deiscência do coto retal. Abel e col.⁽⁷⁾ referem até 32,7% de morbidade devido às precárias condições dos pacientes submetidos ao procedimento de Hartmann. A mortalidade foi de 10%, porém associada a complicações clínicas.

Procedeu-se à ressecção anterior em 27,2% dos pacientes, sendo que em 10 casos (13,6%) foi feita anastomose manual com fio de algodão 3-0, pontos separados extramucosos. Em três casos foi realizada colostomia derivativa em transversal, sendo feito o fechamento da colostomia em média seis meses após a cirurgia. Não houve complicação associada à anastomose manual, porém em 10 casos, onde foi realizada anastomose mecânica pela técnica de duplo grampeamento utilizando-se grampeador linear do tipo RL e circular do tipo ILS, ocorreram dois casos de mortalidade associada a complicações clínicas e dois casos de deiscência da anastomose. Esta alta taxa de complicação associada ao uso do grampeador se deve à condição clínica desfavorável de alguns pacientes e a lesões neoplásicas localmente avançadas. O trabalho publicado por Hansen e col.⁽⁸⁾, onde estudou 615 anastomoses colorretais com grampeador, relata até 24,4% de complicações, e recomenda a mobilização da flexura esplênica para evitar tensão sobre a anastomose e fazer o teste de escape da anastomose, e, caso positivo, realizar colostomia de proteção.

O trabalho realizado por Fick e col. comparando a morbidade, mortalidade e recidiva tumoral, quando se realiza a operação de MILES ou a retossigmoidectomia anterior, estudou 62 pacientes e concluiu que não existe diferença estatística em relação à recidiva do tumor, sendo possível realizar uma cirurgia oncológica em ambos os casos. A retossigmoidectomia anterior apresentou 15% de escape da anastomose, porém não existe diferença estatística para a cirurgia de MILES, em relação à morbidade e à mortalidade⁽⁹⁾.

Entretanto, o estudo de Isenberg e col.⁽¹⁰⁾ sobre 142 pacientes com tumor de reto médio demonstrou a viabilidade da ressecção anterior para os casos com estadiamento DUKES A e B, não havendo diferença oncológica em relação à operação de MILES. Porém para os casos DUKES C a cirurgia de MILES mostrou-se oncológica mais adequada.

Em nossa experiência preferimos realizar a operação de MILES quando, no intra-operatório, evidenciamos metástases para linfonodos, caracterizados por aumento do tamanho, endurecimento e fixo a estruturas adjacentes.

Halpern e col.⁽¹¹⁾, estudando a morbidade da operação de MILES em 37 casos, verificaram 76% de complicações. A maioria delas foi devida ao estado clínico precário dos pacientes e à ferida perineal. Em nosso estudo obtivemos resultados semelhantes sendo devido aos mesmos motivos já citados.

Outros autores⁽¹¹⁻¹⁴⁾, avaliando os critérios para preservação esfinteriana, concluem que os fatores mais significativos são: a penetração do tumor na parede do reto, o comprometimento dos nódulos linfáticos, o grau de diferenciação e a margem de segurança que a ressecção anterior possa oferecer. Todos estes fatores foram avaliados em cada caso antes da decisão de se realizar ou não uma operação para preservação esfinteriana.

Foi realizado o abaixamento coloanal em 10,9% dos pacientes, obtendo-se o índice de morbidade de 50% associado com necrose e retração do cólon abaixado. A mortalidade de 12,5% foi devida à necrose do cólon abaixado.

Após iniciarmos a utilização de anastomoses com grampeador, praticamente deixamos de realizar o abaixamento coloanal, devido à sua alta morbidade e ao maior tempo de

permanência hospitalar, como citado por Simonsen e col.⁽¹⁶⁾, e evidenciado em nossa experiência. Fica hoje reservada esta técnica operatória para serviços que não disponham de grameador, tumores vilosos grandes ou circunferenciais do reto inferior e em pacientes que recusam o uso definitivo da colostomia⁽¹⁷⁾. Atribuímos a alta morbidade cirúrgica à curva de aprendizado contínua realizado em nosso serviço.

Em 10,9% dos pacientes não foi realizada ressecção do tumor, sendo que em 37,5% destes foi feita colostomia derivativa. Todos estes pacientes foram submetidos a radio e quimioterapia paliativa. O fator comum a estes doentes é a desnutrição, a qual é devida ao fator de necrose tumoral, interleucinas 1 e 6 e gama-interferona, que levam a anorexia, atrofia muscular, miopatias, diminuição do tecido adiposo e atrofia de órgãos viscerais. Isto se reflete em anemia, hipalbuminemia e laticacidemia⁽¹⁸⁾. Associado ao fator nutricional, 58,7% dos nossos doentes, que estão entre 60 e 90 anos, apresentam doenças associadas como cardiopatias, hipertensão arterial, pneumopatia e diabetes mellitus. Eles eram portadores de doença localmente avançada ou metástase hepática. Na avaliação de todos estes fatores, consideramos estes casos como lesão irremediável ou percebemos que os pacientes não tinham condição clínica de ser submetidos à operação de ressecção.

O estudo anatomopatológico da peça operatória evidenciou 61,5% de casos com estadiamento C2 de Astler-Coller. Este fato se deveu à dificuldade do doente de procurar serviço especializado. A média do tempo de sintomas foi de 7,3 meses, até que o paciente fosse avaliado por um colo-proctologista, justificando assim este número elevado de lesões com estágio avançado. Porém em 55,4% dos casos o tumor era bem diferenciado e em 40% era moderadamente diferenciado, amenizando o prognóstico, já que em todos os casos realizamos ligadura dos vasos mesentéricos na raiz da aorta e ressecção ampliada da asa lateral do reto, retirando o maior número possível de linfonodos.

A necessidade de transfusão sanguínea em alguma fase do tratamento ocorreu em 47,9% dos pacientes. Do ponto de vista oncológico, acredita-se que a contaminação leucocitária das hemácias transfundidas leva a fenômenos imunológicos que facilitam o crescimento de células cancerígenas, piorando o prognóstico. Recomenda-se a transfusão racional dos componentes do sangue, de acordo com as indicações específicas, evitando assim o uso de componentes desnecessários e possíveis complicações⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

A melhor operação para a ressecção da neoplasia do reto médio depende basicamente das condições locais do tumor, da situação clínica do paciente e da experiência do cirurgião.

HORTA SHC, KOCK KS, FORMIGA GJS & SILVA JH -
Cancer of the middle rectum. Surgical treatment assessment.

SUMMARY: The surgical treatment of cancer of the middle rectum is still controversial. Several techniques of treatment were retrospectively assessed in 73 patients operated on from February of 1990 to February of 1996. The amputation of the rectum was done in 16 patients and the main complications was perineal dehiscence occurring in 50% of cases. One patient

underwent to total proctocolectomy. The Hartmann procedure was done on 20 patients with 20% morbidity and 20% mortality due to clinical complications. Twenty patients had resection followed by anastomosis. In 10 cases hand anastomosis had normal course without complications. In other 10, mechanical anastomosis was done with two dehiscences and one death related to clinical complications. Pull-through operation with coloanal anastomosis was done in eight patients with 50% complications, due to necrosis and retraction of the colon stump. One death occurred related to surgical complications. In eight cases tumor resection was not done because the precarious condition of these patients. We conclude that the best treatment in cancer of the middle rectum depends on the local condition of the tumor, the clinical state of the patient and the experience of the surgeon.

KEY WORDS: cancer; middle rectum; surgery

REFERÊNCIAS

1. Gárriz RA, Santángelo HD, Guillermo R, Gnocchi C, Mele A, Crescenti DA. Câncer del recto medio. Rev Argent Cirug 1989; 57: 194-8.
2. Lassalle FAB, Benati M, Quintana GO, Beveraggi EM. Câncer del recto medio. Rev Argent Cirug 1987; 52: 245-9.
3. Goligher JC. Treatment of carcinoma of the rectum in surgery of the anus, rectum and colon, 5th, London, Baillière Tindall, 1990.
4. Waizer A, Zitron S, Baruch DB, Baniel J, Wolloch Y, Dintzman M. Comparative study for preoperative staging of rectal cancer. Dis Colon Rectum 1989; 32: 53-6.
5. Nicholls RJ, York Mason A, Morson BC, Dixon AK, Kelsey Fry I. The clinical staging of rectal cancer. Br J Surg 1989; 69: 404-9.
6. Rafaelsen SR, Kronborg O, Larsen C, Fenger C. Intraoperative ultrasonography in detection of hepatic metastases from colorectal cancer. Dis Colon Rectum 1995; 38: 355-60.
7. Abel ME, Rosen L, Kodner JJ. Practice parameters for the treatment of rectal carcinoma. Supporting documentation. Dis Colon Rectum 1993; 36: 991-1006.
8. Hansen O, Schwenk WZ, Hucke HP. Colorectal stapled anastomoses. Dis Colon Rectum 1996; 39: 30-6.
9. Fick TE, Baeten CG, von Meyenfeldt MF et al. Recurrence and survival after abdominoperineal and low anterior resection for rectal cancer, without adjunctive therapy. Eur J Surg Oncol 1990; 16: 105-8.
10. Isenberg J, Keller HW, Pichlmaier H. Middle and lower third rectum carcinoma: Sphincter saving or abdominoperineal resection? Eur J Surg Oncol 1995; 21: 265-8.
11. Halpern NB, Cox CB, Aldrete JS. Abdominoperineal resection for rectal carcinoma: Perioperative risk factors. Southern Medical Journal 1989; 82: 1492-6.
12. Morson BC. Factors of importance for selecting cases for sphincter preserving surgery for rectal cancer. An Chir Gyn 1986; 75: 114-20.
13. Karanjia ND, Schache DJ, Heald RJ. "Close shave" in anterior resection. Br J Surg 1990; 77: 510-12.
14. Lassalle FAB, Benati M, Quintana GO, Argibay P. Resultados alejados de la resección anterior en cirugía del cáncer de recto. Rev Argent Cirug 1990; 58: 182-7.
15. Jones PF, Thomson HJ. Long term results of a consistent policy of sphincter preservation in the treatment of carcinoma of the rectum. Br J Surg 1982; 69: 564-8.
16. Simonsen O, Habr-Gama A, Gazal R. Retossigmoidectomia abdominoanal com ressecção de mucosa retal. Rev Paul Med 1960; 57: 116-18.
17. Pinotti HW. Tratado de clínica cirúrgica do aparelho digestivo. 1ª ed., São Paulo, Atheneu, 1993.
18. Murad AM, Katz A. Oncologia: bases clínicas do tratamento. 1ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1996.

Endereço para correspondência:

José Hyppólito da Silva
Rua Frei Caneca, 1212/91
01307-002 - São Paulo - SP