

# RESSECÇÃO DOS TUMORES DO RETO DISTAL COM PRESERVAÇÃO DO ESFÍNCTER NÃO INTERFERE NA SOBREVIDA DOS PACIENTES

RENATO ARAÚJO BONARDI - TSBCP

---

BONARDI RA - Ressecção dos tumores do reto distal com preservação do esfíncter não interfere na sobrevida dos pacientes. *Rev bras Coloproct*, 1998; 18(2): 107-108

---

Lavery IC, Lopez-Kostner F, Fazio VW, Fernandez-Martin M, Milson JW, Church JM. Chances of cure are not compromised with sphincter-saving procedures for cancer of the lower third of the rectum. *Surgery* 1997; 122: 779-785.

### Abstrato

Os avanços nas técnicas cirúrgicas têm tornado possível a manutenção da continuidade intestinal em um número cada vez maior de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico do câncer do reto. Alguns trabalhos têm mostrado que o índice de sobrevida em cinco anos é comparável entre os procedimentos com preservação dos esfíncteres e os de amputação abdômino-perineal do reto, porém poucos estudos mostraram uma sobrevida comparável em pacientes com tumores do terço inferior do reto e estadiamento TNM.

Os investigadores fizeram uma análise retrospectiva de 1001 pacientes submetidos a ressecção cirúrgica para cura de tumores de reto entre 1980 e 1991. Destes, 261 pacientes foram submetidos a ressecções potencialmente curativas para tumores localizados entre 5 e 7 cm da margem anal. Cento e sessenta e dois pacientes foram submetidos a ressecção com preservação do esfíncter anal, e 99 submetidos a amputação abdômino-perineal do reto. Os pacientes submetidos a ressecção local foram excluídos do estudo.

Os grupos eram semelhantes em média de idade, sexo, tamanho médio do tumor, estadiamento TNM, diferenciação histológica e número de linfonodos comprometidos, porém a distância média do tumor à margem anal foi maior no grupo submetido a cirurgia com preservação do esfíncter do que nos submetidos a amputação (6,4 cm x 5,5 cm). Os pacientes submetidos a cirurgia com preservação do esfíncter apresentaram uma recidiva local de 8%, enquanto que os submetidos a amputação mostraram uma recorrência local de 11%. As metástases a distância foram observadas em 23% e 28% respectivamente. Quando classificados pelo estadiamento TNM, tanto a recorrência local quanto as metástases à distância nos

dois grupos não apresentaram diferença: estadiamento I, 10% versus 9%; estadiamento II, 25% versus 43%; e estadiamento III, 56% versus 57%. A sobrevida geral de cinco anos mostrou 70,5% para os pacientes submetidos a preservação do esfíncter e 62,3% para o grupo submetido a amputação abdômino-perineal do reto.

As ressecções cirúrgicas com preservação do esfíncter não reduziram a chance de cura para os pacientes com carcinoma do terço distal do reto. A sobrevida de cinco anos livre de doença foi semelhante para os pacientes submetidos a amputação em todos os estadiamentos TNM.

### COMENTÁRIO

Sempre houve uma controvérsia sobre qual seria a margem distal adequada para os pacientes operados por carcinoma de reto. Ainda existe uma tendência desatualizada de cirurgiões menos familiarizados com a cirurgia pélvica de manter os 5 cm de margem distal, realizando amputações desnecessárias. Lavery e colaboradores mostraram de maneira convincente que não é necessário sacrificar o mecanismo esfínteriano para aumentar a sobrevida de pacientes portadores de carcinoma do reto entre 5 e 7 cm da margem anal. Nem a recidiva local nem as metástases a distância mostram diferenças entre os procedimentos de preservação do esfíncter e os de amputação. Estes autores concluem portanto que os pacientes portadores de tumores naqueles níveis podem ser tratados com segurança por ressecções cirúrgicas com preservação do esfíncter sem comprometer a chance de cura. A introdução do grampeador circular veio promover com segurança e eficiência a anastomose do tubo intestinal a níveis bastante distais na pelve, porém a anastomose manual nestes níveis também pode atingir os mesmos resultados. Uma consideração importante destas anastomoses muito baixas é a possibilidade de manter um bom nível de continência anal. Embora alguns pacientes possam apresentar alguma dificuldade inicial no controle esfínteriano, a maior parte deles apresenta níveis aceitáveis, porém nem sempre perfeitos, de continência anal. Uma das razões de semelhança na sobrevida geral de cinco anos em ambos os grupos talvez seja a perfeita ressecção do mesorreto, procedimento fortemente defendido por Heald na sua descrição da ressecção total do mesorreto nos carcinomas do reto. Com a adoção desta técnica, a margem lateral nos procedi-

mentos com preservação esfíncteriana e nos de amputação são bastante semelhantes e são tão importantes quanto a margem distal com relação à prevenção de recidivas locais. Os autores deste trabalho foram bastante detalhistas na análise deste assunto de grande controvérsia mostrando também resultados bastante animadores. A importância da técnica operatória no resultado final já está bem estabelecida, observando-se que estes resultados foram obtidos em um centro de cirurgias experientes na arte de realizar anastomoses bastante baixas. Estes resultados corroboram a tese de que somente cirurgiões bem treinados em cirurgia pélvica deverão realizar procedimentos de preservação de esfíncter em pacientes com carcinoma do terço distal do reto sem comprometer a sua sobrevida.

#### REFERÊNCIAS

1. Enker WE, Thaler HT, Cranor ML, Plyak T. Total mesorectal excision in the operative treatment of carcinoma of the rectum. *J Am Coll Surg* 1995; 181: 335-346.
2. Heald RJ. Rectal Cancer: the surgical options. *Eur Cancer* 1995; 31A: 1189-1192.
3. Leo E, Belli F, Andreola S, et al. Total rectal resection, mesorectal excision and coloendoanal anastomosis: a therapeutic option for the treatment of low rectal cancer. *Ann Surg Onc* 1996; 3: 336-343.
4. Nicholls J, Hall C. Treatment of cancer of the lower rectum. *Br J Surg* 1996; 83: 15-18.
5. Patey PB, Enker WE, Cohen AM, Lauwers GY. Treatment of rectal cancer by low anterior resection with coloanal anastomosis. *Ann Surg* 1994; 219: 365-373.
6. Singh S, Morgan BF, Broughton M, et al. A 10-year prospective audit of outcome of surgical treatment of colorectal carcinoma. *Br J Surg* 1995; 82: 1486-1490.