

---

# ALTA AMBULATORIAL DE DOENTES COM CÂNCER COLORRETAL

GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA - TSBCP  
JOSÉ HYPPÓLITO DA SILVA - RSBCP  
EDUARDO FONSECA ALVES FILHO - FSBCP  
IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE - FSBCP

---

FORMIGA GJS, SILVA JH, ALVES FILHO EF, ALBUQUERQUE IC. Alta ambulatorial de doentes com câncer colorretal. *Rev bras Coloproct*, 2000; 20(2): 87-90.

**RESUMO:** Todos os doentes tratados de câncer colorretal são acompanhados em unidade ambulatorial, por meio de protocolo específico, com o objetivo de proporcionar seguimento sistemático e possibilitar o diagnóstico precoce de recidiva e metástase. Vinte e um doentes operados de câncer colorretal receberam alta, após avaliação, que constou de anamnese; exame clínico e proctológico; realização de exames complementares e acompanhamento mínimo de cinco anos. Os diagnósticos de câncer e suas localizações foram: reto inferior: 10 (47,62%); retossigmóide: cinco (23,81%); reto médio: dois (9,52%); cólon transversal: dois (9,52%); cólon descendente: um (4,76%); cólon sigmóide obstrutivo: um (4,76%). Operações realizadas: amputação abdominoperineal: 11 (52,38%); retossigmoidectomia anterior: três (14,28%); operação de Hartmann: dois (9,52%); abaixamento coloanal, hemi-colectomia direita, hemi-colectomia esquerda, colectomia segmentar e colectomia total: uma vez cada. O exame anatomopatológico mostrou: A - 1, B1 - 8, B2 - 5, C1 - 2, C2 - 5. O tempo de seguimento foi de cinco a dez anos em 15 doentes (71,42%) e nos outros seis, acima de dez anos. Os doentes devem ser seguidos por um protocolo específico para câncer colorretal tratado, entretanto, não os excluem de alta ambulatorial, sendo incluídos em população de alto risco para uma segunda neoplasia.

**UNITERMOS:** Alta ambulatorial; Seguimento; Câncer retal; Câncer colônico.

---

Diversos protocolos de seguimento têm sido propostos com o objetivo de resgatar alguns doentes para tratamento de recidivas e metástases, ainda com intenção curativa<sup>1,3,10-12</sup>. Os doentes beneficiados com operações curativas apresentam um índice em torno de 6%, nos primeiros cinco anos de seguimento, ao passo que aqueles submetidos apenas a operações paliativas chegam a aproximadamente 40% do total de casos<sup>9</sup>. Todavia, o custo operacional do seguimento oncológico ambulatorial é bastante elevado<sup>4,9</sup>, tornando-se impraticável em determinadas instituições governamentais, ou então quando o doente arca diretamente com o ônus das consultas especializadas e principalmente dos exames complementares.

A alta ambulatorial de doentes com câncer colorretal, submetidos ao tratamento cirúrgico e muitas vezes ao tratamento complementar, visa a descontinuidade do seguimento sistemático, porém não os excluem de um rastreamento<sup>12</sup>, visto que são de risco elevado para uma segunda neoplasia maligna.

Considerando estes aspectos e seguindo uma tendência em outras instituições especializadas, iniciamos, desde o início de 1997, na Unidade Ambulatorial do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis de São Paulo-SP, a

utilização de um protocolo com o objetivo de descontinuar o seguimento sistemático em determinados doentes tratados por câncer colorretal. O objetivo deste trabalho é apresentar os resultados iniciais deste procedimento.

## PACIENTES E MÉTODOS

Durante o período de janeiro de 1997 a abril de 1999, foi instituído um protocolo de alta ambulatorial para 21 doentes tratados por câncer colorretal, no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis de São Paulo-SP.

Os critérios de alta ambulatorial utilizados em todos os casos foram:

1. Tempo de seguimento mínimo superior a cinco anos;
2. Exame clínico geral normal com ênfase para o peso e o estado nutricional;
3. Ausência de doença ativa primária ou metastática, avaliada por meio do exame abdominal, inguinal e proctológico, durante o período de seguimento;
4. Normalidade de exames complementares durante o período de seguimento. Esses exames constam de curva de antígenos, como CEA e CA 19.9, radiografias de tórax, ultrassonografia abdominal, tomografia computadorizada de abdome e pelve, colonoscopia ou enema opaco e outros conforme a indicação.

---

*Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - São Paulo-SP.*

O esquema de seguimento utilizado, para doentes operados e assintomáticos, em nossa Unidade Ambulatorial, obedece ao seguinte cronograma de consultas: 1º ano - trimestral; 2º ano - semestral; 3º ao 5º ano - anual. A sequência de exames está configurada na Tabela 1.<sup>1,3,4,7,8,10-12</sup>

**Tabela 1. Seguimento ambulatorial de doentes tratados por câncer colorretal.**

| Procedimento                        | 1º ano     | 2º ano     | 3º/5º anos |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|
| Anamnese/ex. clínico/<br>ex. procto | trimestral | semestral  | anual      |
| CEA, CA 19.9                        | trimestral | trimestral | semestral  |
| RX de tórax                         | semestral  | anual      | anual      |
| US de abdome                        | semestral  | anual      | anual      |
| CT abdome / pelve                   | anual      | anual      | anual      |
| Colonoscopia/<br>enema opaco        | anual      | anual      | anual      |

## RESULTADOS

Vinte e um doentes tratados por câncer colorretal tiveram alta, de acordo com o protocolo de avaliação e atualmente em uso durante o seguimento ambulatorial. Houve predomínio do sexo feminino e das faixas etárias entre as sexta e sétima décadas de vida (Tabelas 2 e 3).

**Tabela 2. Doentes quanto ao sexo.**

| Sexo      | N  | %      |
|-----------|----|--------|
| Feminino  | 12 | 57,14  |
| Masculino | 9  | 42,86  |
| Total     | 21 | 100,00 |

**Tabela 3. Idade no momento da operação.**

| Faixa etária | N  | %      |
|--------------|----|--------|
| 31 - 40      | 2  | 9,52   |
| 41 - 50      | 4  | 19,04  |
| 51 - 60      | 8  | 38,08  |
| 61 - 70      | 5  | 23,80  |
| 71 - 80      | 2  | 9,52   |
| Total        | 21 | 100,00 |

O diagnóstico mais frequente foi câncer de reto inferior, correspondendo a praticamente a metade de todos os

doentes, e, conseqüentemente, a operação principal mais realizada foi a amputação abdominoperineal do reto (Tabelas 4 e 5).

**Tabela 4. Diagnóstico do câncer colorretal.**

| Localização         | N  | %      |
|---------------------|----|--------|
| Reto inferior       | 10 | 47,62  |
| Retossigmóide       | 5  | 23,81  |
| Reto médio          | 2  | 9,52   |
| Cólon transverso    | 2  | 9,52   |
| Cólon descendente   | 1  | 4,76   |
| Sigmóide obstrutivo | 1  | 4,76   |
| Total               | 21 | 100,00 |

**Tabela 5. Operação principal realizada.**

| Procedimento                  | N  | %      |
|-------------------------------|----|--------|
| Amputação abdominoperineal    | 11 | 52,38  |
| Restossigmoidectomia anterior | 3  | 14,28  |
| Op. de Hartmann               | 2  | 9,52   |
| Abaixamento coloanal          | 1  | 4,76   |
| Hemi-colectomia D             | 1  | 4,76   |
| Hemi-colectomia E             | 1  | 4,76   |
| Colectomia segmentar          | 1  | 4,76   |
| Colectomia total              | 1  | 4,76   |
| Total                         | 21 | 100,00 |

O estudo anatomopatológico das peças operatórias, segundo a classificação de Astler-Coller, mostrou resultados favoráveis de estágios A, B1 e B2, em 14 casos (66,66%) (Tabela 6).

**Tabela 6. Anatomopatológico segundo Astler-Coller.**

| Classificação | N  | %      |
|---------------|----|--------|
| A             | 1  | 4,76   |
| B 1           | 8  | 38,10  |
| B 2           | 5  | 23,81  |
| C 1           | 2  | 9,52   |
| C 2           | 5  | 23,81  |
| Total         | 21 | 100,00 |

Os doentes portadores de câncer de reto com estádios B2, C1 e C2 foram submetidos a tratamento radioquimioterápico pós operatório<sup>6</sup>, de acordo com o esquema da época (Tabela 7).

**Tabela 7. Tratamento RT / QT pós-operatório.**

| Tipo/local       | N | % do geral |
|------------------|---|------------|
| Ca reto inferior | 6 | 28,57      |
| Ca reto médio    | 1 | 4,76       |
| Ca retossigmóide | 2 | 9,52       |
| Total            | 9 | 42,85      |

De todos os doentes com câncer de cólon, três eram estágio B2, os quais foram submetidos ao tratamento quimioterápico isolado pós-operatório, em virtude de avaliação clínica criteriosa (concordância pessoal e familiar; idade; estado nutricional) e do estudo anatomopatológico da peça cirúrgica mostrar componentes de alto risco (invasão venosa, linfática, neural; componente mucinoso elevado; indiferenciação celular; contiguidade visceral) (Tabela 8).

**Tabela 8. Tratamento QT isolado pós-operatório.**

| Tipo/local           | N | % do geral |
|----------------------|---|------------|
| Ca cólon transverso  | 2 | 9,52       |
| Ca cólon descendente | 1 | 4,76       |
| Total                | 3 | 14,28      |

O seguimento ambulatorial foi feito, em caráter obrigatório, em todos os doentes tratados por câncer colorretal, ocorrendo maior incidência de casos de alta na faixa de cinco a dez anos (71,43%) em virtude de o protocolo ter sido iniciado recentemente (Tabela 9).

**Tabela 9. Seguimento até a alta (anos).**

| Período | N  | %      |
|---------|----|--------|
| 5 - 10  | 15 | 71,43  |
| 11 - 15 | 3  | 14,28  |
| 16 - 20 | 1  | 4,76   |
| 21 - 25 | 1  | 4,76   |
| 26 - 30 | 1  | 4,76   |
| Total   | 21 | 100,00 |

## DISCUSSÃO

Os critérios de alta ambulatorial para doentes tratados de câncer colorretal, com abordagem cirúrgica e também adjuvante, foram introduzidos em nosso serviço no início de 1997, e ocorreu em virtude de tendência em centros colo-proctológicos do exterior, inclusive com publicações

questionando os aspectos técnicos e econômicos do seguimento<sup>9</sup>. O quantitativo de 21 casos é ainda reduzido, devido ao extremo rigor na seleção de alta, visto que devem ser atendidos todos os critérios do protocolo, como prazo mínimo de cinco anos, avaliação clínica e realização dos exames complementares, em períodos determinados, durante toda a sequência do seguimento.

Em relação ao prazo de seguimento não inferior a cinco anos, foi considerado que a grande maioria dos doentes morre de recidiva local ou à distância, antes de completar cinco anos e poucos entre os cinco e dez anos. Após dez anos, a recidiva tem efeito desprezível no índice de cura<sup>5,6</sup>. Cerca de 71% dos nossos doentes com alta ambulatorial, tratados por câncer colorretal, situaram-se na faixa de cinco a dez anos de acompanhamento.

Considerando o diagnóstico, a localização do câncer mais comum foi o reto inferior, levando ao tratamento radical de amputação abdominoperineal, em mais da metade dos casos. Este fato, associado ao total de 14 (66,66%) resultados de peças operatórias sem comprometimento linfonodal (A, B1 e B2), favoreceu a sobrevida dos doentes<sup>2,13</sup>. O processo de alta foi sequencial e espontâneo, não havendo uma busca ativa com a intenção de provocar a alta ambulatorial de qualquer doente.

Com a sedimentação das idéias e a confirmação do acerto destas medidas, o tempo de seguimento deverá se fixar em cinco anos para todos os doentes que apresentarem condições clínicas e laboratoriais de alta ambulatorial. Faz-se necessário que haja uma integração doente / médico / família, durante todo o seguimento, com o objetivo de se prevenir problemas ético-legais, caso o doente retorne ao ambulatório ou hospital com recidiva ou metástase.

Todos aqueles que tiveram o seu seguimento descontinuado foram cientificados que continuavam fazendo parte de população de alto risco para câncer, sendo dada orientação ao doente e à família.

Acreditamos que essa maneira objetiva de abordar o seguimento de doentes tratados de câncer colorretal traduz um conceito atual, que poderá ser adotado como rotina nos serviços de coloproctologia.

## CONCLUSÕES

O seguimento ambulatorial de doentes tratados por câncer colorretal deve ser feito de uma forma rigorosa com o objetivo de se diagnosticar precocemente recidiva e metástase.

Determinados doentes devem receber alta ambulatorial, conforme a evolução clínica favorável, normalidade de exames complementares e tempo mínimo de cinco anos de seguimento.

FORMIGA GJS, SILVA JH, ALVES FILHO EF, ALBUQUERQUE IC. Ambulatorial discharge of colorectal cancer patients.

**SUMMARY:** All the treated colorectal cancer patients are followed in ambulatory with specific protocol to continue systematic following and to make possible recurrent and metastasis early diagnosis. Twenty one treated colorectal cancer patients were discharged, after evaluation, that constitute of anamnesis; proctologic and clinic exam; additional exams and five-years minimal accompanying. The cancer's diagnosis were: lower rectum 10 (47,62%); rectosigmoid: five (23,81%); middle rectum: two (9,52%); transverse: two (9,52%); descendent: one (4,76%); obstructive sigmoid: one (4,76%). Realized operations: abdominoperineal resection: 11 (52,38%); anterior resection: three (14,28%); Hartmann's operation: two (9,52%); pull-through colo-anal, right colectomy, left colectomy, segment colectomy and total colectomy: each one. The anatomopathologic exam showed: A - 1, B1 - 8, B2 - 5, C1 - 2, C2 - 5. The following time was five to ten years: fifteen patients (71,42%) and up to ten years: the others six patients. The patients should be followed through a specific protocol to treated colorectal cancer and don't exclude them of ambulatorial discharge. These patients are introduced in high risk population for a second neoplasia.

**KEYS WORDS:** Discharge ambulatory; Following; Colorectal cancer.

#### REFERÊNCIAS

1. American Joint Committee on Cancer. Manual for staging of cancer, 4<sup>a</sup> ed., Philadelphia, **JB Lippincott**, 1992, pp. 75-82.
2. Astler VB, Collier FA. The prognostic significance of direct extension of carcinoma of the colon and rectum. **Ann Surg** 1954; 139:846-851.
3. Devesa JM, Morales V, Enriquez JM, Nuño J, Camuñas J, Hernandez MJ, Avilla C. Colorectal cancer. The bases for a comprehensive follow-up. **Dis Colon Rectum** 1988; 31:636-652.
4. Formiga GJS, Silva JH. Critério de alta ambulatorial para doentes com câncer colorretal. **Rev bras Coloproct** 1998; 18(2):141.
5. Lockhart-Mummery JP. Two-hundred cases of cancer of the rectum treated by perineal excision. **Br J Surg** 1926-1927; 14:110-124.
6. Morson BC, Path MC, Bussey HJR. Surgical pathology of rectal cancer in relation to adjuvant radiotherapy. **Br. Radiol** 1967; 40:161-165.
7. Nicholls RJ, York Mason A, Morson BC, Dixon AK. The clinical staging of rectal cancer. **Br J Surg** 1982; 69:404-409.
8. Phillips RKS, Hittinger R, Blesovsky L, Fry JS, Fielding LP. Large bowel cancer: surgical pathology and its relationship to survival. **Br J Surg** 1984; 71:604-610.
9. Safi F, Link KH, Beger HG. Is follow-up of colorectal cancer patients worthwhile? **Dis Colon Rectum** 1993; 36:636-644.
10. Sousa Jr AHS, Araújo SEA, Habr-Gama A. Estadiamento do câncer do reto. **ABCD Arq Bras Cir Dig** 1977; 2(supl. 1):186-189.
11. Vernava AM, Longo WE, Virgo KS, Coplin MA, Wade TP, Johnson FE. Current follow-up strategies after resection of colon cancer. Results of a surgery of members of *The American Society of Colon and Rectal Surgeons*. **Dis Colon Rectum** 1994;37:573-583.
12. Vieira RAC, Rossi BM, Lopes A, Santos IRB, Mattion EA, Torrico JRO. Rastreamento do câncer colorretal. **Acta Oncol Bras** 1997;17(1):40-46.
13. Zinkin LD. A critical review of the classifications and staging of colorectal cancer. **Dis Colon Rectum** 1985; 26:37-43.

#### Endereço para correspondência:

Dr. Galdino José Sítonio Formiga  
Serviço de Coloproctologia - Hospital Heliópolis  
Rua Cônego Xavier, 276 - Vila Heliópolis  
04231-030 São Paulo - SP  
Tel.: (11) 274.7600 Ramal 244.