

TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES ACTÍNICAS COLORRETAIS

Conferência realizada durante o 33º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, Campinas, SP — 1983

Angelino Manzione

Como é de praxe, os nossos agradecimentos aos organizadores do Congresso pela inclusão do nosso nome para conversar a respeito de um assunto que eu acho de suma importância, que são as lesões iatrogênicas provocadas pela irradiação ao nível do colo e eventualmente a nível do delgado.

Como os senhores sabem, é incontestavelmente benéfico o uso individual ou complementar das irradiações na terapêutica de várias neoplasias abdominais e mais particularmente nas localizadas em órgãos pélvicos, como as neoplasias vesíco-prostáticas e especialmente as genitais.

Embora o seu efeito seja importante, com frequência traz malefícios sistêmicos ou locais, ora passageiros, ora duradouros, mas por vezes, particularmente quando não localizados em órgãos não afetados pela doença original, extremamente graves, levando os pacientes a uma situação de desconforto físico, psíquico e moral, já agravados pela doença primitiva.

Estas lesões provocadas nos órgãos de vizinhança correspondem a várias causas, quer de ordem geral entre elas, mau estado orgânico, patologias associadas e muito particularmente a sensibilidade individual, quer de causas locais, operações progressivas nos órgãos pélvicos levando a aderências entre si, condições de desenvolvimento do tumor primário e, eventualmente, condições especialmente técnicas de aplicabilidade das irradiações. Naturalmente, os segmentos intestinais localizados na pelve e no abdômen sofrerão eventualmente os malefícios dessa terapêutica irradiante.

O nosso interesse por esse estudo data de longo tempo sendo motivo de várias apresentações e até

assunto de tese defendida na Faculdade de Medicina sobre os aspectos clínicos, proctológicos e histopatológicos da retite por irradiação.

Hoje abordaremos especialmente a conduta cirúrgica nas complicações actínicas intestinais. Do longo acervo de casos, aproximadamente mais de 250, selecionamos para este estudo apenas 56 casos de indicação cirúrgica, os quais exporemos à apreciação da Mesa e do Plenário. Para o seu estudo é incontestável a importância do exame clínico, do exame proctológico, radiológico e histológico, cuja precisão e avaliação levarão a um diagnóstico muito exato e conseqüente conduta cirúrgica mais adequada. Razão pela qual, resumidamente, exporemos alguns desses aspectos que introduzem ao assunto principal, que são as complicações cirúrgicas da actinoterapia. O material aqui compreendido é do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina e também de nossa clínica privada. Evidentemente nesses casos todos, e nós aqui resumimos só os casos de indicação cirúrgica, mas o estudo anterior comporta cerca de 100 casos estudados prospectivamente, nota-se o grande valor do exame clínico e o exame endoscópico na, digamos, profilaxia das complicações dessa medicação.

Nestes casos os senhores notam ao toque retal o esfíncter, praticamente normal, hipotônico eventualmente e sabemos que a hipotonia esfinceteriana responde muitas vezes reflexamente por problemas inflamatórios retais, e no caso particular, observava-se sempre uma hipotonia. Isso com relação ao esfíncter. Com relação ao reto várias alterações podem sugerir o diagnóstico de uma retite por irradiação, uma estenose, uma subeste-

nose, uma rigidez de parede retal, um desvio do eixo do reto, a mucosa rígida, não desliza sobre a submucosa, ela é fixa, e eventualmente ulcerações. Nestes casos, em número de 100, tivemos apenas duas fístulas actínicas, isto denota um aspecto muito importante porque todos esses doentes eram vistos antes, durante e após a medicação irradiante. Quando se observavam algumas lesões no reto já se avisava o radioterapeuta da eventual irritabilidade do reto e eventuais modificações de ordem técnica a seu critério.

Sob o aspecto endoscópico, um dado importante é a grande incidência de localização das lesões na parede anterior do reto e no seu terço médio, que são dados aparentemente isolados mas que no conjunto podem levar ao diagnóstico de uma retite actínica.

A hiperemia, o sangramento, a granulação, infiltração, e eventualmente secreção mucosa, são os sinais que mais freqüentemente se encontram na retite por irradiação. Evidentemente esses aspectos isoladamente não levam ao diagnóstico; mas sim o conjunto de manifestações e lesões.

Na endoscopia um caso inicial de retite actínica se apresenta com placas de hiperemia, raramente um desenho vascular, contrastando com a mucosa normal do reto, a mucosa róseo-pálida. A colonoscopia revela mais ou menos os mesmos aspectos. No corte histológico do tecido normal as glândulas de Lieberkühn altas, longas, com *muscularis mucosae* praticamente normal e a submucosa em azul, com os vasos bem localizados.

Na retite actínica os senhores vêem uma desorganização das glândulas de Lieberkühn, o estroma epitelial já infiltrado por tecido fibroso, um edema ao nível da *muscularis mucosae* e na submucosa uma fibrose e os vasos com aspecto de telangiectasias, a que alguns autores atribuem valor muito grande no diagnóstico endoscópico das retites actínicas, e que na nossa observação isoladamente não são elementos importantes para o diagnóstico, mas no conjunto apresentam valor relativo. Essas telangiectasias se apresentam, no aspecto histológico, como vasos bastante dilatados ao nível da submucosa e ao mesmo tempo com fibrose submucosa. Estes aspectos que naturalmente são alterações estruturais de superfície, às vezes atingem mais pronunciadamente outras camadas do reto ou do cólon, levando a um processo inflamatório mais fibrótico e, portanto, à rigidez, à estenose, à subestenose de reto ou eventualmente do cólon.

Estudamos o comprometimento do delgado, do cólon, do reto e ânus e lesões associadas de cólon, delgado, ou eventualmente do reto. Temos

uma grande incidência de lesões ao nível do reto-ânus. Realmente observamos lesões por aplicação de radioterapia em neoplasias de colo de útero, que são os casos mais freqüentemente vistos por nós. A aplicação do ovóide irradiante, às vezes por deslocamento, ou às vezes por condições individuais já referidas, pode causar uma incidência maior de irradiação ao nível da parede anterior do reto, terço médio, conforme já me referi anteriormente.

As lesões de cólon são menos freqüentes e as de delgado mais ainda porque as alças intestinais são extremamente móveis e a irradiação não incide sobre as mesmas alças.

Quais as manifestações clínicas desses doentes que tiveram indicação cirúrgica? A hemorragia os senhores vêem com uma freqüência muito maior no reto-ânus e as que tiveram indicação cirúrgica, foram extremamente graves, não resolvidas através da medicação clínica e mesmo com várias transfusões aplicadas a reincidência era muito freqüente, obrigando à indicação da terapêutica cirúrgica. As fístulas também aparecem com mais freqüência no reto-ânus, são freqüentemente fístulas retovaginais de dimensões pequenas, às vezes porém avultadas, dificultando extremamente a sua correção cirúrgica. As obstruções menos freqüentes mas em números equivalentes, ocorrendo no delgado, no cólon e eventualmente no reto. No reto às vezes evoluem para uma subestenose e não oclusão total, mas quando eu me refiro a obstrução penso em casos em que realmente tiveram indicação cirúrgica.

Agora algumas considerações sobre a dor. Antigamente, quando o doente tinha dor, que é provocada não só por lesão das paredes retais mas por lesões dos nervos perirretais, especialmente os nervos sacros, ela se apresentava extremamente violenta e embora haja às vezes desproporcionalidade entre as lesões observadas no reto e a dor sentida pelo doente, por vezes indicávamos a cirurgia – e ainda indicam – em doentes portadores de dor, embora ultimamente isto esteja mais ou menos abandonado, dado os avanços das drogas neuroléticas, os tranqüilizantes e eventualmente a fisioterapia local, com eletropuntura, e assim por diante. Nós temos observado agora alguns casos em que os resultados têm sido relativamente bons.

Na enterite obstrutiva, notamos fibrose bastante intensa com lesões estruturais da mucosa e parietais do delgado.

Em casos mais avançados, notamos uma ulceração na parede intestinal como prenúncio de uma fístula retovaginal. Em casos de hemorragia violenta, em que tinham sido feitas terapêuticas

clínicas inúmeras, inclusive hemolização e o sangramento continua apesar da terapêutica, nós nos vemos obrigados a realizar ressecções segmentares mais amplas como colectomia esquerda e amputação do reto.

Muitas vezes não vemos hemorragias em lesões únicas, mas sim uma fibrose e lesões hemorrágicas difusas não localizadas, o sangue flui, falando assim num ponto de vista literário, como suor da face. Ele brota em vários pontos dando consequência final de hemorragias violentas. Às vezes apesar de ter feito uma ressecção segmentar os pacientes continuam a sangrar e nós nos vemos obrigados a partir para uma colectomia direita com uma ileostomia definitiva.

Bom, o que é que nós fizemos com estes vários casos que nós apresentamos? Naturalmente nós intervimos no segmento intestinal, nós eventualmente intervimos no sistema arterial, e eventualmente interferimos no sistema nervoso. Foram feitas duas embolizações arteriais e não houve parada do sangramento. Naturalmente as lesões são estruturais, são de capilares, e não são de vasos de grande calibre. E não temos um sangramento num ponto, é um sangramento difuso, portanto a embolização não foi eficiente e talvez não será eficiente nos casos de hemorragia por lesões actínicas. Num outro caso o sangramento era de tal vulto que, esgotadas as tentativas clínicas, foi feita uma ligadura das artérias hipogástricas, e a doente foi a óbito em sangramento. Não houve tempo de se fazer uma amputação de reto.

No sistema nervoso eu me referi ao bloqueio sacro, e atualmente estamos mudando um pouco a conduta em colaboração com o Serviço de Neurocirurgia.

As condutas no segmento intestinal: Nós, ou derivamos, ou ressecamos, ou enfim seccionamos. As derivações são ileostomia, colostomia ou operação de Hartman, esta em um caso. Vejam a incidência maior de colostomias. Realmente a colostomia, na nossa maneira de ver e de sentir o problema, é uma das operações extremamente benéficas, mormente em alguns casos de hemorragia, em alguns casos eventuais de fístula reto-vaginal, em que se nós abordarmos a fístula logo de início nós teremos complicações graves, porque as lesões actínicas são realmente destrutivas, e às vezes a colostomia prévia dá condições futuras para uma indicação cirúrgica mais precisa e eventualmente aguardando a redução dos fenômenos inflamatórios.

Nas ressecções, a enterectomia, em quatro casos as colectomias, sigmoidectomias e até a amputação de reto. Enfim, são essas ressecções

que nós fizemos e na maioria dos casos essas ressecções evoluem bem, embora às vezes as anastomoses sejam feitas mesmo em segmento aparentemente normal, mas há lesões um pouco mais à distância do segmento nitidamente comprometido, mas essas anastomoses, em geral, vão bem. Em caso de dúvidas, o cirurgião ou amplia essa ressecção, ou faz uma colostomia complementar a esta cirurgia. Em um caso fizemos uma retotomia numa estenose discoidal de reto que evoluiu bem.

Para terminar, eu queria complementar dizendo que é importante aguardar, se possível, a redução dos fenômenos inflamatórios para uma indicação cirúrgica menos agressiva. Sempre que possível executamos operações mais simples, e evitamos as intervenções mais agressivas, particularmente com abaixamento de cólon, especialmente nos casos de fístulas extensas, em que alguns trabalhos citam bons resultados, mas a experiência do serviço não comprova isto, inclusive um, do professor Simonsen, com uma técnica de abaixamento que fez em dois casos, um com um resultado péssimo e um resultado razoável, em que ele fez um abaixamento tipo endoanal. E mesmo na literatura tenho dúvida que se possa fazer, como existem trabalhos, um abaixamento de cólon e simultaneamente uma mucosectomia em lesões como estas em que a mucosa está extremamente infiltrada, extremamente fixa à submucosa.

Insistimos, este é um ponto importante, no diagnóstico diferencial entre processo actínico e neoplásico para uma conduta mais condizente. Isto às vezes é difícil, porque a gente entra numa área extremamente fibrótica, faz-se biópsias, faz-se eventualmente punções biópsias e o material vem sempre com um processo inflamatório. De modo que, sempre que possível, insistir nesse diagnóstico diferencial.

E queria, como complemento, dizer que o mais importante disso tudo, na minha maneira de entender, é se fazer a profilaxia das complicações, com uma vigilância muito atenta e seguida do médico, e particularmente do proctologista, que tem aí um papel extremamente importante, acompanhado do radioterapeuta. Para não acontecerem lesões extremamente graves como de doentes com carcinoma epidermóide, que ficam com radiodermite actínica, muito mais grave do que o eventual carcinoma epidermóide de pele, que uma ressecção local muitas vezes cura. Ou como outros, que ficam com fístulas vésico-retovaginais, que são operadas e terminam com drenagens e colostomia. Isto para mostrar realmente a importância e a gravidade dessas lesões.