

CÂNCER DO RETO — POSSIBILIDADE DE PRESERVAÇÃO DO MECANISMO ESFINCTERIANO

J.C. Goligher

Senhora Presidente, senhoras e senhores: quando alguém tem a má sorte de desenvolver um câncer em qualquer parte do corpo, a primeira coisa que se lhe ocorre é livrar-se desse câncer e destruí-lo o mais rapidamente possível. Quando esse câncer acontece ser no reto, esta ainda é a prioridade máxima de qualquer pessoa, mas é uma bênção quando essa remoção pode ser feita sem que seja por intermédio de uma colostomia permanente, desde que, naturalmente, o fato de se evitar a colostomia não implique em um aumento da mortalidade ou morbidade ou ainda, não implique na diminuição das perspectivas de uma cura.

Agora, no que diz respeito aos carcinomas, quando localizados na parte superior do reto, esse ideal pode ser conseguido de maneira satisfatória pela operação de ressecção anterior, introduzida pela Clínica Mayo em época anterior à Guerra. E tem havido uma experiência muito grande com esse tipo de operação que demonstra ser uma cirurgia segura, tão segura quanto a abdômino-perineal, e dá bons resultados a longo prazo quanto a abdômino-perineal, além de permitir um bom funcionamento intestinal. Então, atualmente já é aceito que para praticamente todos os tipos de tumores da metade superior, a ressecção anterior é a resposta. Não há discussões a respeito disso.

A controvérsia começa na hora da remoção de carcinomas localizados mais abaixo, aqueles situados no terço inferior, onde ainda predomina a incerteza. E durante muito tempo, os cirurgiões não se sentiam felizes tendo que conservar o esfíncter em operações de carcinomas localizados naquele nível, por diversos motivos. Aqui estão algumas dessas razões: havia dificuldades de or-

dem técnica em algumas dessas operações, procedimentos de *pull through*; o grau de mortalidade era um pouco aumentado, depois freqüentemente a convalescença era muito prolongada e, talvez o mais importante, o funcionamento intestinal era de má qualidade e os médicos que tinham que realizar essa operação, depois de lutar com os pacientes durante todo o período de convalescença, descobriam que no final seus pacientes não tinham continência. Finalmente, havia esse medo crescente de que essas operações afinal não fossem tão radicais como a abdômino-perineal, para tumores dessa parte baixa do reto.

Bem, por todas essas razões, a opinião dos cirurgiões variava muito sobre essa questão. Algumas vezes, os cirurgiões eram favoráveis a essa operação, outras vezes fugiam dela. Mas, nos últimos sete ou oito anos, tem havido um aumento de interesse pelos tumores nessa parte do reto, com preservação do esfíncter, em operações de diversos tipos. E é sobre isso que eu quero falar hoje. Concorde que já se falou bastante sobre isso neste Congresso e inevitavelmente vou ter que repetir coisas já ditas anteriormente por outros conferencistas, na maior parte das vezes para concordar com eles, mas, algumas vezes, para discordar.

Várias são as operações disponíveis. Pode ser que haja outras mas estas são as que já foram usadas: ressecção abdômino-endoanal *pull through* — já vimos ilustrações desse tipo de operação e de

suas várias técnicas. Uma das mais populares na Inglaterra e nos Estados Unidos durante algum tempo foi aquela chamada de técnica *cutitumble*, com a qual os senhores neste país estão muito familiarizados, mas perdeu um pouco do seu favoritismo ultimamente. Depois, a abdômino-transanal, desenvolvida por Parks, onde se faz uma anastomose suturada do canal anal. Esta também teve um período de apogeu. A abdômino-sacra era uma operação antiga, originalmente realizada na Alemanha, por pessoas como Kraski, mas nunca popular no meu país e realmente nunca popular nos Estados Unidos, exceto com um ou dois cirurgiões como o Dr. Localio, em Nova York, um cirurgião esplêndido que faz essa operação muito bem e a torna bastante atraente.

Mas o fato é que nunca foi muito popular e apresenta algumas dificuldades de natureza técnica. Depois, existe uma outra versão dela onde, ao invés de se fazer uma incisão atrás do ânus, faz-se a incisão para o ânus e divide os esfíncteres e, em seguida, os reconstrói; isto é para a fase perineal ou baixa. Mas esse é o método de Yoke Mason que, mais uma vez, não chegou a entrar em moda. Depois, temos a ressecção anterior baixa extensa usando o grampeador circular. Esta operação já foi muito falada neste Congresso e é sem dúvida o método mais usado em casos localizados no terço intermediário e parte superior do terço inferior. Essa realmente varreu o mercado, pode-se dizer, e a média a seu favor é de 100 para cada uma de qualquer outra operação realizada.

Então, essa é a situação atual. Não estou dizendo que as outras operações não sejam boas; todas têm a sua vez, mas por diversas razões, principalmente por conveniência, as pessoas terminam escolhendo esta última. Somente quando esta não é aplicável é que se trata de usar algum outro método.

Quero falar sobre um ponto, antes de entrar nos detalhes da técnica, que é apenas para lembrar a todos que um importante passo na técnica de qualquer ressecção baixa é a mobilização do reto durante a operação, porque quando o reto é liberado até a junção anal-retal e os ligamentos laterais são divididos, o intestino fica reto e perde suas curvaturas, aumenta de tamanho, de modo que uma lesão que está localizada muito em baixo, digamos, cinco ou seis centímetros da margem anal na sigmoidoscopia, antes da operação, se eleva um pouco, para talvez 7cm ou mais e então, pode-se realizar uma ressecção com uma margem de segurança e deixar um coto retal mínimo adequado para uma anastomose. Então esta é uma

consideração muito importante que torna a ressecção possível em alguns casos onde, à primeira vista, devo dizer, nos faz pensar se haveria uma possibilidade.

Outro ponto que quero tratar é que ao se fazer esse tipo de ressecção, geralmente é desejável se mobilizar não somente o cólon sigmóide mas também o descendente até o ângulo esplênico, de modo que teria um intestino grosso muito frouxo que desce e se estica facilmente, até a pélvis baixa, não como uma linha reta, mas em ziguezague, uma peça de intestino muito frouxa. Este é um ponto importante.

Outro ponto importante é a margem de segurança sobre a qual nos falou o Dr. Khubchandani. As opiniões variam sobre a extensão da margem de segurança. Em uma determinada época, fomos dominados pela idéia de que necessitávamos de manter cerca de quatro ou cinco centímetros de intestino aparentemente normal distal à lesão, mas foram feitos vários estudos muito bons e ele mencionou um — e eu tenho conhecimento de mais uns quatro, através dos anos, mostrando que se você acompanhar os pacientes após a ressecção anterior, aqueles que ficam com uma borda muito pequena de, digamos, dois centímetros, aparentemente tiveram tão bons resultados como aqueles que ficaram com cinco centímetros. Então, a maior parte das pessoas agora pensam que uma margem de 2 a 2,5 cm é o suficiente. Entretanto, devo lhes avisar, sempre que os senhores removerem um espécimen, ao fazer a ressecção, que é importante observar imediatamente a margem porque é fácil julgar mal essa margem e acabar seccionando na margem inferior do tumor.

Como disse, a operação com grampeador açambarcou o mercado e existem diversos modelos: a máquina russa original, com uma única fila de grampos que devem ser introduzidos à mão, de modo que demora um pouco, cerca de 3 minutos. O mais difícil é que temos que desmontar a máquina, fazê-la em pedaços após a utilização, lavar, limpar e montá-la mais uma vez. Bem, isto é trabalho e devido a isso a maior parte das pessoas agora utiliza métodos mais práticos, as máquinas americanas, tais como o grampeador EEA, que é muito popular.

Tudo o que posso dizer é que usei todos esses aparelhos e não creio que haja qualquer diferença na sua eficácia ao se fazer uma anastomose. A diferença está na conveniência de sua utilização, pois esses aparelhos americanos são muito mais simples, mas, também, mais dispendiosos. Para se fazer cerca de 100 anastomoses com o aparelho

russo o custo é o mesmo da máquina original que é de aproximadamente 1.500 libras esterlinas; pode-se conseguir quantidade de grampos suficientes para se atender até 200 casos. Já esse custo com o aparelho americano é bastante maior, creio que cerca de 12.000, o que é uma quantia muito grande de dinheiro. Mas o fato é que essas são as máquinas existentes no momento

Eu continuo esperando e torcendo pelo aparelho japonês mas ainda não apareceu. Provavelmente vai ser mais barato e tão eficiente quanto os demais!

O Dr. Khubchandani enfatizou também que com a utilização desses aparelhos é possível inserir o grampeador pelo alto, através de um orifício no coto do cólon, até o local da anastomose, ou por baixo. Bem, eu não tenho dúvida que a inserção pelo alto é muito traumatizante para o cólon. O cólon geralmente é bastante estreito, comparado com o reto e os cirurgiões vão querer usar um grampeador que seja o mais largo possível. Se introduzirmos um aparelho largo através do coto do cólon, este será extremamente alargado. Creio que é muito melhor introduzir o aparelho por baixo, mas para fazer isso é necessário que o paciente esteja em boa posição. Essa posição foi originalmente introduzida por um cirurgião alemão, Martin Fishner, em Heidelberg, e foi popularizada por pessoas como Lloyd Davies e pelos meus colegas que me antecederam no Hospital de St. Mark's. É preciso ter um bom apoio para as pernas e uma almofada em baixo do sacro. Também é uma posição excelente para qualquer cirurgia no reto.

Os senhores poderão passar de uma operação abdômino-perineal para uma via sacral, para uma ressecção anterior muito baixa com um grampeador, ou para um tipo de anastomose abdômino-anal. Estou mencionando isto porque nos Estados Unidos esta posição não é muito usada, o que é uma pena. Mas, é muito usada na Grã-Bretanha, de fato é rotina na Grã-Bretanha e também é bastante usada na Europa de um modo geral. Este é um ponto muito importante a se considerar.

Outro ponto ainda sobre a operação com grampeador é a maneira como preparamos o cólon; nós o imobilizamos, imobilizamos o reto, pinçamos, e depois fazemos a irrigação por baixo. Mais uma vez, isto é possível desde que o paciente esteja na posição de Lloyd Davies, e em seguida, vamos seccionar abaixo da pinça. No meu ponto de vista, um passo importante nesta operação é a inserção do aparelho no reto. Parece-me que, comparado com isso, tudo o mais

é relativamente sem importância. Creio que a maior parte dos problemas com esta operação é a má inserção do aparelho no reto, e em primeiro lugar, gostaria de dizer que é geralmente impossível, no caso de uma ressecção anterior realmente baixa, usar o aparelho especial duplo para passar o fio no coto retal. É uma completa perda de tempo pensar nisso para uma ressecção baixa, pois é inteiramente impossível usar esse aparelho e atravessar uma agulha reta. É preciso usar uma sutura manual.

O material deve ser de qualidade que deslize com facilidade, como o prolene monofilamentar e não pode ser fraco, mais delgado do que o 1-0 porque o reto tem uma estrutura dura e tem que ser bem apertado. Se os cirurgiões usarem o 2-0 ou o 3-0, a sutura pode arrebentar. Então, para o coto retal o número mínimo é o 1-0. E este é o método que eu utilizo: de fora para dentro, mais uma vez, e ainda outra vez. E conforme isto vai sendo feito, a mucosa fica virada para dentro.

O grampeador de furo duplo é excelente, se quiserem, para o coto do cólon. Também é bom para um coto retal alto, mas não para o baixo. Com o instrumento já dentro e o coto retal amarrado, o instrumento é fechado. Mas antes de fechá-lo, é importante puxar para cima o coto do cólon de modo que não fique uma mucosa frouxa ou parede. Da mesma forma, o assistente empurra o aparelho para cima, de maneira firme, de modo que não fique pedaço de intestino frouxo. Depois de fazer isso, os senhores fecham o aparelho e disparam. É muito importante olhar os anéis porque se o anel estiver incompleto isto provavelmente significa que a anastomose está incompleta. Se estiver completa, então, provavelmente tudo está bem.

Mas pode-se fazer ainda outra coisa para verificar se a anastomose está correta, durante a operação. Pode-se fazer um "teste de borracheiro". Coloca-se uma solução salina, na pélvis, até a borda. Em seguida o cirurgião ou um assistente colocam um cateter no ânus e inflam. Se houver algum vazamento o ar sairá e fará bolhas demonstrando que realmente há um vazamento.

Os senhores poderão dizer: "Mas, não se pode ver o vazamento olhando a anastomose de cima"? Bem, pode, desde que seja uma anastomose alta. Eu não estou realmente convencido de que é preciso usar um grampeador para uma ressecção anterior alta. Ele vai ser usado em uma anastomose baixa e às vezes é tão baixa que é difícil ver a parte de fora, pelo alto. E quando se está tentando ver a parte de fora, pode-se acabar

estragando a anastomose. Por isso é que esse teste de insuflação de ar é melhor.

Aí, os senhores vão me perguntar: "E o que é que se faz quando se encontra um vazamento?" Bem, creio que com esse tipo de anastomose baixa de que estou falando, se houve um vazamento, a melhor maneira de cuidar dele é passando um espéculo anal de duas válvulas através do ânus, a partir de baixo, o que se pode fazer facilmente desde que o paciente esteja na posição de litotomia correta. Creio que esta é a melhor maneira de cuidar disso. E nesses casos, acho que faria uma colostomia transversa de proteção.

Gostamos muito de fazer controle radiológico. Temos feito isso praticamente desde que realizo cirurgias e mostram anastomose, mas somente depois de um período de duas semanas.

Eu penso que realmente essa operação ajuda a estender o alcance da ressecção anterior. Reconheço que em cada 100 que aparecem para tratamento de carcinoma do reto para excisão, podemos provavelmente aumentar o número de casos que podem ser tratados por meio de ressecção anterior em até 10, se dispusermos do grampeador. E, se não dispusermos do grampeador, provavelmente esses 10 casos podem ser tratados por meio de algum outro método de ressecção que preserve o mecanismo esfínteriano, mas esse outro método envolveria uma técnica abdômino-anal *pull-through* ou abdômino-sacro, operações que envolvem outros problemas.

Então, penso que esta é a grande utilização desta operação. Mas, naturalmente, para se poder ter confiança nessa operação, para esses tumores baixos, é preciso uma certa prática com os tumores altos. Então, não estou protestando contra aqueles que acham que deve ser usada para tumores altos também.

Agora, alguns comentários.

Deiscências anastomóticas: bem, temos casos de deiscências anastomóticas depois desta operação com grampeador; não há evidência que mostre que a sutura manual produz menos deiscências. Os arquivos controlados por Beaton Kelly mostram que os dois métodos são igualmente bons, ou igualmente maus, se assim preferirem. Também confirmam que, nessa experiência controlada, cerca de 10% dos pacientes que lhes chegaram às mãos, não poderiam ser julgados porque os cirurgiões disseram: "Bem, nesse nível eu não poderia ter feito uma sutura manual." Então,

foram retirados de julgamento, mas puderam ser feitos com o grampeador, o que demonstrou que 10% dos casos puderam ser tratados com o grampeador onde a anastomose manual era impossível. Então, os senhores terão alguns vazamentos, especialmente nos casos baixos, mas esses casos não chegarão a oito ou dez por cento e, ao que parece, também não causam muita morbidade.

Ocasionalmente surgem casos de hemorragia. Tivemos quatro ou cinco casos de hemorragia nas séries que mencionei de quase 200 pacientes, porque os grampos não produziram uma hemostase total. Geralmente a hemorragia é pequena e nunca foi preciso fazer nada além de uma ou duas transfusões de sangue.

Estenose: bem, algumas pessoas afirmam que há bastante incidência de estenose, mas esta não é a minha experiência e nem a experiência da maior parte dos cirurgiões. Eu tive, creio, três ou quatro estenoses que se consertaram pela passagem das fezes no devido tempo. Então, não creio que isso seja um problema, embora aconteça ocasionalmente.

Aporte de mortalidade e morbidade: não creio que haja qualquer diferença entre esta ou outras formas de ressecção que preserve o esfínter. Existe alguma morbidade ou mortalidade, mas não é excessiva.

Resultados funcionais: as pessoas dizem: "bem, o que acontece com aquela anastomose muito baixa?" "Bem, que tipo de função esses pacientes têm?" A resposta é que no começo, o funcionamento é péssimo, pois os pacientes têm diarréia forte, com até 8, 10, 12 movimentos por dia. Gradualmente, isso vai melhorando, talvez haja incontinência a princípio mas, com o passar do tempo, semanas, ou talvez três a seis meses, os intestinos conseguem chegar a um nível de funcionamento aceitável. Então, de acordo com a minha experiência, os pacientes conseguem chegar a um bom nível de funcionamento, mas no início é muito desapontador para os pacientes.

Com uma anastomose muito baixa, freqüentemente eu faço também colostomia de cobertura. E depois de a colostomia estar fechada durante dois meses, os pacientes ficam achando que essa diarréia é um problema muito perturbador. Mas geralmente acaba dando certo.

Cura final: vamos ver o que posso dizer sobre esse assunto. Antes de falar sobre isso, gostaria de mencionar que atualmente este é o tipo de ressecção para preservar o esfínter que os cirurgiões farão no tratamento do câncer do reto. Vamos pensar numa hipótese de recebermos 100

pacientes, sem qualquer critério de seleção, para tratamento por um dos métodos de que dispusemos. Que tipo de operação vamos usar? Bem, reconheço que em cerca de 55 desses pacientes com lesões principalmente no terço superior do reto, do sigmóide retal, faríamos uma ressecção anterior com sutura manual, ou com o grampeador, se preferirem. Então, isso deixa mais 15 onde se pode fazer uma operação com preservação do esfíncter, desde que seja uma técnica mais elaborada do que a ressecção anterior comum com sutura manual. E esta é a zona difícil, os 15% dos casos onde os diversos cirurgiões vão fazer coisas diferentes, onde eu usaria principalmente a ressecção anterior baixa extensa, com o grampeador, mas outros cirurgiões, como o Dr. Localio, usariam uma abdômino-sacra. Então, esses 15 mais 55 perfazem 70 pacientes que seriam tratados pela maior parte dos cirurgiões experientes pela ressecção que preserva o esfíncter. E deixariam, provavelmente, 30% para uma excisão abdômino-perineal. Mas, nesses 30, conforme mencionei, seria possível, em alguns casos, fazer uma operação limitada, sem remoção do reto, mas simplesmente removendo o tumor primário. Então, para acrescentar, quatro ou cinco dentre esses 100 pacientes estariam capacitados a receber uma excisão local ou destruição do tumor primário, dependendo da filosofia do cirurgião. Existem alguns cirurgiões, talvez das escolas mais antigas – talvez eu pertença a essa escola, não sei – mas certamente, alguns cirurgiões da velha escola digam: “excisão local para câncer? Não, não creio que essa operação seja satisfatória”. Mas não creio que estejam certos porque se pensarmos na patologia, se levarmos esses 100 casos que fizeram uma excisão retal para o patologista, a fim de serem classificados pelas categorias de Duke, vamos descobrir que 15 estão na categoria Duke A.

Bem, como os senhores sabem, a Categoria A de Duke significa que o crescimento está confinado à parede do reto, que não vai além disso. Então, por que deve-se remover mais do que o tumor e exatamente aquela porção da parede? E isto é verdade. Mas, naturalmente, isto é um diagnóstico patológico. É possível identificar-se esses casos clinicamente? Como podemos selecioná-los?

Ao tentarmos selecionar clinicamente os casos que possam ser Duke A, a maior parte das pessoas tendera a ir não para os 15% de casos Duke A, mas para aqueles 3 ou 4% de casos Duke muito favoráveis, casos Duke A, aqueles em que o

tumor não atinge o músculo e fica confinado à mucosa e submucosa e nesse caso tentam e conseguem uma lesão favorável.

Que tipos de critérios são utilizados? Esses são os critérios que as pessoas usam, na tentativa de selecionar clinicamente esses casos: protuberâncias não superiores a 3 cm de diâmetro, não muito ulceradas, móvel na capa do músculo, ao se palpar; nenhum nódulo linfático pararectal palpável e, finalmente, na biópsia, uma lesão pelo menos moderadamente bem diferenciada. E se selecionarem dessa maneira, podem esperar receber pacientes com o que é chamado de “carcinoma inicial” (early carcinoma).

Mas aqui temos uma dificuldade que é a seguinte: quando Duke definiu essas categorias, ficou mais ou menos implícito que um Duke A, conforme descrevi, são aqueles confinados à parede, sem nódulos; um Duke B se espalhava pela parede, ainda sem nódulo; e um Duke C se espalhava pela parede e apresentava nódulo. O que é ignorado é o fato de que um certo número de pacientes cujo tumor se confina à parede retal, na realidade um Duke A, apresentam nódulos linfáticos. E Bason Morson e, mais recentemente, Jeni, mostraram que se tomarmos uma grande quantidade de espécimens ou excisões retais e os dissecarmos, teremos 11% de pacientes com esses carcinomas iniciais, confinados à mucosa e à submucosa com metástase linfática. Então se os senhores selecionarem os seus pacientes como tumores iniciais, ainda permanecerá o fato de que 11% terão metástases em linfonodos.

Isto quer dizer que se os senhores usaram uma excisão local, esses 11% não vão ficar curados com essa operação. Por outro lado, nenhum dos 100 pacientes tratados por excisão local apresentará grau de mortalidade; então os senhores terminarão perdendo esses 11 pacientes. Agora, se os senhores fizeram uma excisão abdômino-perineal nesse mesmo grupo de tumores iniciais, ou que clinicamente os senhores pensaram que eram tumores iniciais, lesões Duke A muito incipientes, os senhores também terão 11% com metástase e o fato de fazerem uma excisão abdômino-perineal não significa que vão curar todos. Na verdade, só vão curar cerca de 5% desses 11. Então, isso vai constituir em uma desvantagem e além disso vão ter um percentual maior de mortalidade que poderia ser, os senhores sabem, 1% se estivermos tratando com pacientes saudáveis, ou até 10%, se estivermos tratando de pacientes não saudáveis. Então, na verdade, os senhores poderão perder 5 + 1, isto é, seis pacientes se estiverem tratando

de pacientes saudáveis, ou poderão perder 5 + 10 – 15% dos seus pacientes se fizerem uma excisão abdômino-perineal.

Então, como os senhores podem verificar, o problema entre escolher uma excisão local e uma operação radical é primordial. E os diferentes cirurgiões também vêem essa questão de maneira diferente. Meu enfoque é o de aconselhar os pacientes jovens e saudáveis, caso tenham um tumor pequeno e favorável, a considerar uma excisão abdômino-perineal. Mas, naturalmente eles podem rejeitar essa opção porque se sentem inclinados a evitar uma colostomia, que muitas vezes é difícil e temos que estar de acordo com os pacientes. Mas certamente, aqueles pacientes não tão saudáveis, que têm uma lesão favorável, creio que há um forte argumento a favor do tratamento local.

Deixem-me ilustrar o que estava dizendo, mostrando-lhes um paciente que veio me procurar, creio que foi há 10 anos atrás, com uma pequena lesão de aproximadamente 2 cm de diâmetro, móvel, na parede retal e não havia nódulos linfáticos palpáveis e na biópsia foi bem diferenciada. Quando vi este homem relativamente jovem, disse-lhe que, com um tumor naquele nível e naquele estágio segundo a minha opinião, a melhor operação para ele, porque naquela época não fazíamos tantas operações que preservassem o esfíncter como as que fazemos agora, era a amputação abdômino-perineal. Mas ele não quis ouvir falar nisso. Ele disse: "Não quero fazer essa operação, que fica com um ânus ilíaco e com uma bolsa. Será que o senhor não poderia fazer outra coisa qualquer?" Bem, depois de discutirmos muito o assunto, ele se manteve firme e eu disse: "Bem, eu poderia tratar de outra maneira, destruí-lo com uma corrente elétrica, ou tirá-lo com uma pequena operação". Mas eu acreditava que, no caso dele, o melhor tratamento seria uma operação maior. Ele disse que ia pensar no assunto. Ele se foi e quando voltou me disse: "mudei de opinião, vou fazer a cirurgia grande". Isso foi feito e o espécimen que foi removido tinha dois linfonodos, com metástase. E este homem está vivo e bem, dez anos depois. Agora, se eu o tivesse tratado com a excisão local, o resultado não teria sido tão bom, e não sei se teria sido capaz de salvá-lo ou não.

No tratamento local eu prefiro tirar a lesão ao invés de destruí-la com diatermia ou raio-x, porque podemos com isto ter um bom espécimen para exame, para que o patologista o examine e possa dizer se a nossa idéia de que era um tumor

bem diferenciado e confinado à submucosa estava correta ou não. Se ele diz que não chegou ao músculo e era bem diferenciada, então, ficamos felizes com a operação. Se, por outro lado, ele diz que é mal diferenciada em partes, ou que é mais profunda do que pensamos, então temos que voltar ao paciente e aconselhá-lo a fazer uma excisão abdômino-perineal.

Eu disse que gostaria de mencionar apenas uma coisa sobre os resultados finais dessas ressecções que preservam o esfíncter. As pessoas me dizem: "É na realidade seguro fazer essas ressecções muito baixas? Não vamos ter muitas recidivas?" Ainda não sabemos se vamos ter muitas recidivas depois dessas ressecções que preservam o esfíncter. Mas a maior parte dos cirurgiões na Grã-Bretanha, como eu e outros, ainda não tivemos muitos casos de recidivas, mas duas pessoas têm 30% de recidivas locais: um cirurgião na Suécia, e Hearst, no Sul da Inglaterra, e isto é muito perturbador.

Mas quero lembrá-los que naturalmente todos temos casos de recidivas, mesmo depois de excisões abdômino-perineais, onde as recidivas são muitas, possivelmente devido a linfonodo metastático de nódulos internos no ilíaco. Então, podemos aceitar uma certa incidência de recidivas locais, mas se este número for muito alto, então, creio que ficaríamos muito preocupados.

E a outra informação que quero lhes dar é que há muitos anos atrás, quando o Dr. Wall e outros cirurgiões estavam usando as cirurgias pull through para carcinomas do reto, embora usassem uma técnica que não achamos ser boa e que está fora de uso, do ponto de vista patológico, essas operações tinham a mesma amplitude das que estão sendo realizadas atualmente. E descobriram que de fato a taxa de sobrevivência era mais ou menos a mesma, após a *pull through*, para tumores da parte mediana do reto, como para a excisão abdômino-perineal. Falta verificar se o mesmo se aplica para este grupo atual de ressecções muito baixas que estão sendo feitas atualmente. Então, no presente momento, a idéia é que podemos usar esses métodos com segurança, mas devemos estar atentos e dispostos a criticar nossos próprios resultados, além de verificarmos se de fato não estamos tendo uma incidência maior de recidivas locais, particularmente na linha de sutura o que poderia ser uma clara indicação de remoção inadequada.

Senhora Presidente, quero encerrar pedindo desculpas por ter excedido o tempo regulamentar.