

TRATAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL COM OBSTRUÇÃO — ANÁLISE DE 60 CASOS

FANG CHIA BIN
WILMAR ARTUR KLUG, TSBCP
VALTER CASTELLI Jr.
PERETZ CAPELHUCHNIK, TSBCP
JOSÉ MANDIA NETO

BIN FC, KLUG WA, CASTELLI Jr. V, CAPELHUCHNIK P, MANDIA NETO J — Tratamento do câncer colorretal com obstrução. Análise de 60 casos. *Rev bras Colo-Proct.*, 1988; 8(4): 129-132.

RESUMO: Os autores analisam os resultados do tratamento de 60 casos de obstrução intestinal por câncer colorretal atendidos no Pronto-Socorro da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1969 a 1983). A mortalidade global desta série foi de 23,3%. Analisam também os tipos de procedimentos cirúrgicos e o prognóstico.

UNITERMOS: câncer colorretal; obstrução intestinal

Os cânceres do cólon e do reto são das neoplasias mais comuns. Às vezes a obstrução intestinal pode ser a primeira manifestação da doença. Sua frequência varia de 8 a 29%, de acordo com os autores^{7, 8, 10, 13, 16, 18}. Atribui-se a alta incidência das obstruções à demora no diagnóstico da doença e à não valorização dos sintomas iniciais. Esse quadro assume grande importância, por vários motivos: alta incidência de morbidade e mortalidade, apesar dos progressos da medicina, e baixo índice de sobrevivência de cinco anos. Existem ainda controvérsias sobre o melhor esquema de tratamento.

O presente estudo compreende a análise dos 60 casos de obstrução intestinal por câncer colorretal tratados no Pronto-Socorro do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

MATERIAL E MÉTODO

O trabalho constitui um estudo retrospectivo de 60 casos atendidos no período entre 1969 e 1983. O diagnóstico da obstrução intestinal foi baseado em dados

clínicos e radiológicos. Os casos de suboclusão submetidos a tratamento inicialmente conservador foram excluídos do estudo.

As distribuições etária, do sexo e da localização do tumor foram relacionadas em tabelas e quadros. Os tumores foram classificados de acordo com o estadiamento morfológico de *Dukes*. Os tipos de procedimentos cirúrgicos foram divididos em grupos: 1 — Ressecção e anastomose imediata; 2 — Ressecção e colostomia; 3 — Colostomia descompressiva, e 4 — derivação interna. Os índices de mortalidade dos procedimentos foram comparados e analisados.

RESULTADOS

Os 60 casos com obstrução tinham a média de idade de 56,6 anos, sendo que um terço era maior que 70 anos (*Quadro I*). Eram 31 homens e 29 mulheres, correspondendo a 51,7% e 48,3%, respectivamente.

As localizações dos tumores foram as seguintes: ceco e cólon ascendente — 17 casos; cólon transverso — cinco casos; cólon descendente — cinco casos; sigmóide — 28 casos; reto — cinco casos. (*Quadro II*). Sessenta e seis por cento dos tumores eram localizados no cólon esquerdo, dos quais 55% na região retossigmoidiana.

O estudo anatomopatológico mostrou que nenhum caso era *Dukes* "A". Havia número equivalente entre "B" e "C" — 21 (35%) e 22 (36,7%) respectivamente. Em 17 (28,8%) casos foi constatada disseminação tumoral: 12 com metástases hepáticas, um com metástase pulmonar, quatro com carcinomatose peritoneal (*Tabela I*).

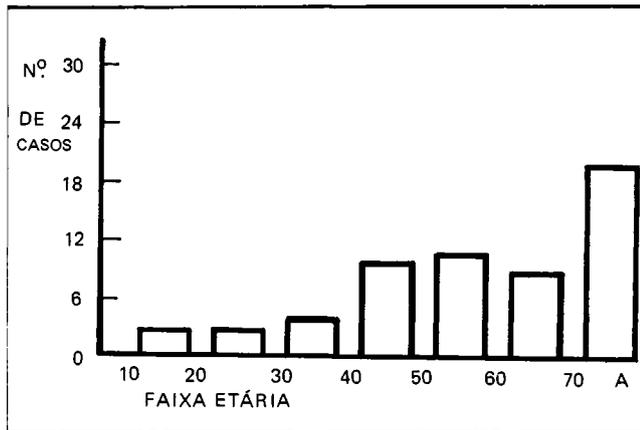
Os procedimentos cirúrgicos variaram de acordo com as condições gerais dos pacientes e a localização do tumor. Em relação aos tumores do cólon direito, foi preferida a ressecção com anastomose imediata, desde que as condições gerais e da cavidade o permitissem. Nos casos que apresentaram carcinomatose peritoneal foram realizadas derivações internas. Para os tumores do cólon esquerdo, na maior parte dos casos optou-se pela simples colostomia

descompressiva. Na presença de obstrução com necrose ou perfuração optou-se por ressecção e colostomia (Tabelas 2, 3, e 4).

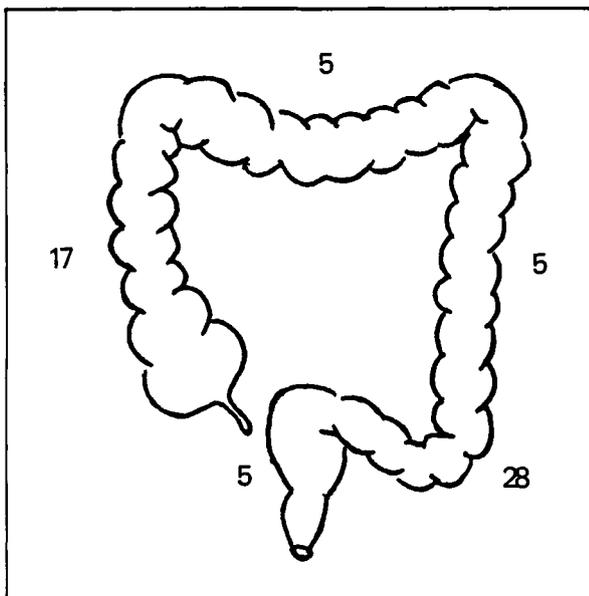
A mortalidade global foi de 23,3%. A ressecção com anastomose imediata foi realizada em 23 casos, com 26,1% de óbitos (Tabela 2); ressecção com colostomia em 12 casos, com 50% de óbitos (Tabela 3); colostomia descompressiva em 21 casos, ocorrendo 9,5% de óbitos (Tabela 4). Realizou-se derivação interna em quatro casos, sem mortalidade.

Dos doentes submetidos a colostomia descompressiva, 14 voltaram para o segundo tempo da operação, sendo em 11 casos realizada ressecção do tumor. Os três restantes foram considerados irresssecáveis.

As causas dos óbitos foram identificadas claramente em nove casos, incluindo broncopneumonia, embolia pulmonar, insuficiências cardíaca, renal e peritonite estecoral. Nos demais a *causa mortis* não foi esclarecida por necropsia.



Quadro I - Distribuição etária de 60 casos de obstrução por câncer colorretal



Quadro II - Localização dos tumores em 60 casos de obstrução por câncer colorretal (1969-1983)

Tabela 1 - Classificação de Dukes em 60 casos de obstrução por câncer colorretal (1969-1983)

Dukes "A":	0	
Dukes "B":	21	(35%)
Dukes "C":	22	(36,6%)
Dukes "D":	17	(28,3%)*

* Disseminação tumoral com metástase hepática em 12, pulmonar em um. Carcinomatose peritoneal em quatro casos.

Tabela 2 - Ressecção e anastomose imediata na obstrução por câncer colorretal (1969-1983)

Local	Nº	Óbito
Cólon direito	15	4
Transverso	2	-
Cólon esquerdo	5	1
Reto	1	1
Total	23	(26,1%)

Tabela 3 - Ressecção e colostomia na obstrução por câncer colorretal (1969-1983)

Tipo col.	Hartmann	Mikulicz	Anastomose + col.
Col. direito	-	-	-
Col. transverso	1(1)	1(1)	-
Col. esquerdo	6	2(2)	2(2)
Reto	-	-	-
Total	7	3	2

() óbitos Total 12 (6) 50%

Tabela 4 - Colostomia descompressiva e derivação interna na obstrução por câncer colorretal (1969-1983)

	Col. descomp.	Derivação intern.
Col. direito	-	2
Col. transverso	-	1
Col. esquerdo	17(2)	1
Reto	4	
Total	21(2) 9,5%	4(0) 0 %

* 11/21 col. descomp. foram ressecados
() óbitos

Tabela 5 - Mortalidade dos vários procedimentos em 60 casos de obstrução por câncer colorretal (1969-1983)

Mortalidade
Ressecção e anastomose: 26,1%
Ressecção e colostomia: 50%
Derivação interna: 0%
Colostomia descompressiva: 9,5%

DISCUSSÃO

A incidência da obstrução no câncer colorretal é variável, oscilando entre 8 e 29%^{1, 7, 8, 10, 13, 16, 22}, em decorrência de vários fatores. Em nosso meio sua ocorrência é relativamente elevada, em virtude de grande percentual de pacientes só procurar assistência médica na ocorrência de complicação. A oclusão é mais freqüente no cólon esquerdo, pela tendência do crescimento tumoral se fazer de forma anelar e pelo menor diâmetro colônico contendo fezes semi-sólidas. Como em nosso material predomina o câncer do cólon esquerdo sobre o direito, compreende-se a maior freqüência desta complicação. No material analisado a incidência de neoplasia do cólon esquerdo foi de 66%.

Os estudos anatomopatológicos das peças ressecadas, os achados cirúrgicos e as necrópsias demonstraram que 65% dos pacientes foram Dukes "C" ou "D" e 28% apresentaram disseminação metastática. A análise desta cifra torna claro que a maior parte dos pacientes pertence à classe dos portadores de cânceres avançados, e fica evidente, pelos resultados referidos na literatura, que a morbidade e a mortalidade operatórias neste grupo são maiores. *Irving* e cols.¹⁴ demonstraram que existe maior percentual de comprometimento ganglionar nos pacientes com complicação. Isto explica o baixo índice de sobrevivência de cinco anos nestes casos, variando entre 16 e 37%^{3, 4, 9, 13, 14, 18}. *Ohman* e cols.¹⁷ observaram que mesmo nos casos de aparente ressecção curativa a mesma diferença ocorre.

A mortalidade operatória referida na literatura é alta, e varia entre 12 e 38%^{7, 8, 12, 13, 14, 18, 20, 23, 24}. Tal fato decorre não só das precárias condições em que muitos pacientes são atendidos, sempre com acentuado comprometimento do estado geral e da nutrição, como também pelo risco que representa o tratamento cirúrgico em pacientes idosos com abdome agudo obstrutivo.

As variações dos índices de mortalidade são decorrentes do tipo de procedimento cirúrgico executado. É lógico supor-se que procedimento mais simples seja seguido de menor índice de mortalidade. Operações de ressecção primária realizadas em situações de urgência, particularmente em pacientes que procuram os serviços da rede pública ou beneficente, são seguidas de maior índice de complicações, em vista de serem pacientes acometidos de doença avançada e com patologia associada. Por esta razão, em nosso material a simples colostomia descompressiva foi seguida de 9,5% de óbitos, ao passo que as operações de ressecção tiveram índices de 50% e 26,1%, conforme fossem ou não acompanhadas de colostomia. Entre os ressecados a incidência relativamente maior de óbitos em pacientes com colostomia pode ser explicada pelo fato de serem estes os que se encontravam nas piores condições clínicas, além das perfurações. Os casos de ressecção e anastomose imediata eram predominantemente portadores de neoplasia de cólon direito, onde é mais favorável a anastomose imediata.

Em relação às causas dos óbitos, é preciso salientar que nem sempre foi possível, por falta de exames necroscópicos, determiná-las com precisão. Em dois pacientes ocorreram deiscência de anastomose com peritonite e nos demais a morte foi consecutiva à insuficiência de múltiplos órgãos.

Inúmeros estudos foram realizados com o fim de melhorar os resultados, porém existem ainda controvérsias sobre o melhor procedimento cirúrgico na urgência, particularmente em tumores localizados no cólon esquerdo. A operação em três etapas, preconizada por *Devine*⁵, tem sido preferida pela maior parte dos autores. A execução da colostomia descompressiva próxima ao ângulo hepático no primeiro tempo permite a recuperação das alterações desencadeadas pela obstrução e melhora das condições clínicas, facilitando a ressecção radical no segundo tempo. Esta parece ser a operação mais segura, porém são necessárias duas ou três internações, com aumento de custos e sofrimento.

A ressecção na vigência da obstrução apresenta dificuldades técnicas e risco de contaminação e pode não obedecer aos princípios oncológicos de radicalidade. Por outro lado, o intervalo entre as operações em três tempos poderia permitir crescimento tumoral e conseqüentemente menor índice de cura. Como já foi discutido, a mortalidade da colostomia descompressiva é menor que a ressecção imediata; contudo, *Clark* e cols.³ mostraram que a mortalidade acumulada dos três tempos era maior que a da ressecção com anastomose imediata.

A ressecção com anastomose imediata foi proposta inicialmente por *Wangensteen*²¹, *Baronofsky*² e posteriormente por *Gerber*¹⁰. O difícil manuseio das alças distendidas era a principal preocupação. Para a solução desta dificuldade, *Savage*¹⁸, *Muir*¹⁶ e *Dudley*⁶ preconizaram descompressão e lavagem intra-operatória, com resultados satisfatórios.

No cólon direito a válvula ileocecal continente protege o segmento a montante das conseqüências da obstrução, e o tumor ocluído desfuncionaliza o cólon a jusante, permitindo anastomose ileocólica imediata com segurança. Recentemente *Deutsch* e cols.⁴, *Glass* e cols.¹¹, *Morgan* e cols.¹⁵, *Hughes* e cols.¹³, realizaram a hemicolectomia ampliada, colectomia subtotal ou colectomia total com ileo-reto anastomose imediata, com resultados satisfatórios. No material que analisamos nenhuma operação deste tipo foi realizada.

Neste estudo observamos nítida diferença nos índices de mortalidade após as operações mais conservadoras. Como não houve seguimento adequado de todos os casos, ficou prejudicada a análise da mortalidade global, pois sete pacientes não retomaram para as operações subseqüentes. Apesar disso, continuamos preferindo a conduta mais conservadora, em vista do tipo de paciente que recebemos. Doentes em bom estado geral, sem doença associada grave, devem beneficiar-se de uma ressecção imediata, podendo-se prever um índice mais baixo de mortalidade.

CONCLUSÃO

A experiência acumulada com o estudo retrospectivo de 60 pacientes portadores de câncer colorretal com obstrução permite concluir que a colostomia descompressiva é o método mais seguro diante de doentes em mau estado geral com neoplasia avançada.

Operações de ressecção com anastomose imediata devem ser realizadas em casos selecionados, quando for

possível melhor preparo e em condições gerais satisfatórias. A alternativa da colectomia total, com íleo-reto anastomose, deve ser a preferida, nestas condições.

BIN FC, KLUG WA, CASTELLI Jr. V, CAPELHUCHNIK P, MANDIA NETO J - Treatment of obstructing carcinoma of colon and rectum.

SUMMARY: The authors analyze 60 patients presenting acute large bowel obstruction due to cancer of the colon and rectum, assisted at Emergency Service of Santa Casa de São Paulo, from 1969 to 1983. The overall mortality was 23.3%. The surgical procedure and prognosis are discussed.

KEY WORDS: colo-rectal carcinoma; large bowel obstructing

REFERÊNCIAS

1. Amsterdam E, Krispin M. Primary resection with colectomy for obstructive carcinoma of the left side of the colon. *Am J Surg* 1985; 150: 558.
2. Baronofsky ID. Primary resection and aseptic end-to-end anastomosis for acute or subacute large bowel obstruction. *Surgery* 1950; 27(5): 664-672.
3. Clark J, Hall AW, Moosa AR. Treatment of obstructing carcinoma of colon and rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1975; 141: 541-4.
4. Deutsch AA, Zelikovski A, Sternberg A. One-stage subtotal colectomy with anastomosis for obstructing carcinoma of the left colon. *Dis Col & Rectum* 1983; 26: 227-230.
5. Devine HB, Melb MS. Safer colon surgery. *Lancet* 1931; 21: 627.
6. Dudley HA, Radcliffe AG, McGeehan D. Intra-operative irrigation of the colon to permit primary anastomosis. *Br J Surg* 1980; 67: 80.
7. Dutton JW, Hreno A, Hampson LG. Mortality and prognosis of obstructin carcinoma of the large bowel. *Am J Surg* 1976; 131: 36-41.
8. Fielding LP, Wells BW. Survival after primary and after staged resection for large bowel obstruction caused by cancer. *Br J Surg* 1974; 61: 16-8.
9. Fielding LP, Stewart-Brown S, Blesovsky L. Large-bowel obstruction caused by cancer: a prospective study. *Br Med J* 1979; 2: 515-7.
10. Gerber A, Reiswig OK, Vanix RS. Experience with primary resection for acute obstruction of the large intestine. *Surg Gynecol Obstet* 1962; 115: 593.
11. Glass R, Smith LE, Cochran RC. Subtotal colectomy for obstructing carcinoma of the left colon. *Am J Surg* 1983; 145: 335.
12. Goligher JC, Smiddy FF. The treatment of acute obstruction or perfuation with carcinoma of colon and rectum. *Br J Surg* 1957; 45: 270-4.
13. Hughes ESR, McDermott FT, Polglase AL, Nottle B. Total and subtotal colectomy for colonic obstruction. *Dis Col Rectum* 1985; 28: 162-163.
14. Irvin TT, Greaney MG. The treatment of colonic cancer presenting with intestinal obstruction. *Br J Surg* 1977; 64: 741-4.
15. Morgan W, Jenkins N, Lewis P, Aubrey DA. Management of obstructing of the left colon by extended right hemicolectomy. *Am J Surg* 1985; 149: 327-9.
16. Muir EG. Safety in colonic resection. *Proc R Soc Med* 1968; 61: 401.
17. Ohman U. Prognosis in patients with obstructing colorectal carcinoma. *Am J Surg* 1982; 143: 741.
18. Savage PT. Immediate resection with end-to-end anastomosis for carcinoma of the large bowel presenting with acute obstruction. *Proc R Soc Med* 1967; 60: 207.
19. Valerio D, Jones PF. Immediate resection in the treatment of large bowel emergencies. *Br J Surg* 1978; 65: 712-6.
20. Vigder L, Tzur N, Huber M, Mahagna M, Amir I. Management of obstructive carcinoma of the left colon. *Arch Surg* 1985; 120: 825.
21. Wangenstein OH. Cancer of colon and rectum. *Wis Med J* 1949; 48: 591.
22. Welch JP, Donaldson CA. Management of severe obstruction of the large bowel due to malignant disease. *Am J Surg* 1974; 127: 192-9.
23. White CM, Macfie J. Immediate colectomy and primary anastomosis for obstruction due to carcinoma of the left colon and rectum. *Dis Col Rectum* 1985; 28: 155-7.
24. Wiederkehr JC, Brenner S, Campos AC, Souza FJ. Tratamento cirúrgico da oclusão intestinal por câncer de cólon e reto. *Rev Bras Colo-Proct* 1987; 7(4): 135-138.

Endereço para correspondência:
Wilmar A. Klug
Rua Teixeira da Silva, 34/23
04002 - Paraíso - São Paulo