

# ABORDAGEM CIRURGICA DA OBSTRUÇÃO MALIGNA AGUDA DO COLON ESQUERDO. O DECLINIO DA COLOSTOMIA

ANTÓNIO DE CASTRO MENDES DE ALMEIDA,  
MD, FACS  
CAETANO WINSTON GRACIAS, MD  
NOEL MEDINA DOS SANTOS, MD  
FERNANDO JOSÉ ALDEIA, MD

---

ALMEIDA ACM, GRACIAS CW, SANTOS NM, ALDEIA FJ -  
Abordagem cirurgica da obstrução maligna aguda do colon  
esquerdo. O declinio da colostomia. *Rev bras Colo-Proct*,  
1991; 11(2):48-54

**RESUMO:** Uma colectomia subtotal num colon esquerdo em  
obstrução aguda, num só tempo, melhoraria não só a quali-  
dade de vida do doente como encurtaria o seu tempo de hos-  
pitalização. Níveis de mortalidade proibitivos são, no en-  
tanto, vulgarmente atribuídos a semelhante abordagem.  
Neste estudo é analisada a experiência do autor senior com-  
parando os níveis de morbidade e mortalidade operatórias e  
a duração do período de hospitalização de colectomia subto-  
tal uni-estadiada e ressecção multi-estadiada. Entre Janeiro  
de 1973 e Setembro de 1990 foram internados, por obstrução  
esquerda aguda, 49 de 291 carcinomas colorectais (17%) ne-  
cessitando cirurgia de urgência. Colostomia, como único  
tratamento, foi a cirurgia em 18 (37%), colectomia multi-es-  
tadiada em 20 (41%, do grupo A) e colectomia subtotal, num  
só tempo, em 11 (22%, grupo B, todos depois de 1979). Ambos  
os grupos eram comparáveis no que diz respeito a dis-  
tribuição por sexo e idade, estadiamento TNM e classificação  
ASA. A mortalidade e morbidade operatórias foram 10% e  
30% no grupo A, 9% e 18% no grupo B, respectivamente. O  
tempo médio de permanência hospitalar foi de 21,25 dias (14-  
30) no grupo A e 9,18 dias (7-14) no grupo B. Sempre que uma  
equipe cirúrgica experiente está envolvida e na ausência de  
contraindicações (factores locais impedindo uma dissecação

rápida, instabilidade hemodinâmica, gangrena intestinal)  
uma colectomia subtotal uni-estadiada, beneficiando de uma  
anastomose com melhores condições de cicatrização, acar-  
reta níveis de morbidade e mortalidade operatórias per-  
feitamente aceitáveis, melhorando, no entanto, a qualidade  
de vida e encurtando o período de internamento hospitalar.  
Deve ser encarado como método de eleição sempre que ex-  
perimentados critérios selectivos e adequadas capacidades  
técnicas sejam respeitadas.

**UNITERMOS:** obstrução aguda do colon esquerdo; cancer  
colo-rectal; colectomia num só estágio

---

A percentagem de carcinomas colo-rectais surgindo na  
clínica em obstrução total decresceu de 36%, tal como  
referido nos anos vinte (1), para cerca de 15% (9% - 27%)  
na passada década (2-6), ocorrendo a esmagadora maioria  
das lesões originando este quadro clínico na metade es-  
querda do colon. Apesar da melhoria tecnológica e dos  
contínuos esforços, permanentemente desenvolvidos e  
aperfeiçoados, para atingirmos um diagnóstico de carci-  
noma colo-rectal em fase inicial de desenvolvimento, esta  
percentagem permanece em níveis elevados. Esta aparen-  
te dificuldade, sugerindo um comportamento peculiar  
destes tumores, como também o seu conhecido pior prog-  
nóstico, quando comparados com tumores não obstrutivos  
(2-4), justificam a hipótese de que um comportamento  
biológico particularmente agressivo caracteriza estas le-  
sões (6).

Parece, pois, razoável especular que uma ressecção imediata, em vez de uma abordagem multi-estadiada, teria um impacto benéfico na sobrevivência a longo prazo (7, 8). Por outro lado, uma ressecção imediata seguida de uma anastomose primária sem colostomia, ainda que não prolongasse a sobrevida (9), originaria não só um substancial encurtamento do período de hospitalização e correspondentes encargos, como também uma significativa melhoria na qualidade da sobrevivência de doentes cuja esperança de vida já se encontra ameaçada.

Uma abordagem como a descrita universalmente aceita como a mais correcta em face de tumores obstrutivos localizados na metade direita do colon, mas ainda encarada como proibitivamente arriscada na manipulação de tumores da metade esquerda, para os quais a clássica ressecção multi-estadiada (10) continua a ser preferida por muitos cirurgiões. Durante a passada década, no entanto, num significativo número de trabalhos (11-18) foram publicados níveis de morbimortalidade operatória encorajadoramente baixos após colectomia subtotal de emergência, num só tempo. Este tipo de manipulação cirúrgica beneficiaria não apenas da vantagem de melhores condições de cicatrização da anastomose ileo-sigmoideia ou ileo-rectal (19), mas também da remoção concomitante e imediata da totalidade do segmento intestinal obstruído e séptico. Estes factores favoráveis justificariam o baixo nível de complicações sépticas, contrariamente ao que é razoável esperar de uma anastomose colo-colónica ou colo-rectal em intestino não preparado.

Analizando retrospectivamente a experiência do grupo liderado pelo autor senior no tratamento desta entidade clínico-patológica avaliámos e comparámos a ressecção multi-estadiada e a colectomia subtotal com anastomose primária, tentando encontrar resposta para as seguintes questões:

1) Há alguma diferença nos níveis de morbidade e mortalidade operatórias e correspondente tempo de permanência hospitalar?

2) Terá uma colectomia subtotal um impacto significativamente negativo na frequência e tipo de dejeções diárias numa população em quem, atendendo ao nível etário predominante, é razoável esperar perturbações, embora sub-clínicas, da função esfinteriana ano-rectal?

## DOENTES, MÉTODOS

Durante o período decorrido entre Janeiro de 1973 e Setembro de 1990 foram operados, sob a responsabilidade directa do autor senior, 291 doentes com diagnóstico, histologicamente confirmado, de adenocarcinoma do colon e recto, 59 (20%) dos quais internados pela urgência com o quadro clínico de obstrução colónica aguda. Quarenta e nove destes doentes (17% do total, 83% dos obstruídos) vieram ao hospital com obstrução esquerda completa, tal

como diagnosticados clinicamente e confirmado em radiogramas abdominais simples e/ou clister baritado. Todos foram submetidos a cirurgia dentro de 24 a 48 horas após internamento hospitalar, pelo mesmo grupo cirúrgico. São estes doentes que constituem a base deste estudo (Fig. 1). A liderança do grupo pertenceu ao autor senior (ACMA) ao longo dos anos escrutinados, tendo os outros autores passado a seus colaboradores directos após terem feito treino pós-graduado sob a sua supervisão. Estas características concedem à série em análise um conjunto de critérios e capacidades técnicas perfeitamente uniforme ao longo dos anos, minimizando, assim, os inconvenientes que habitualmente inquinam as avaliações retrospectivas.

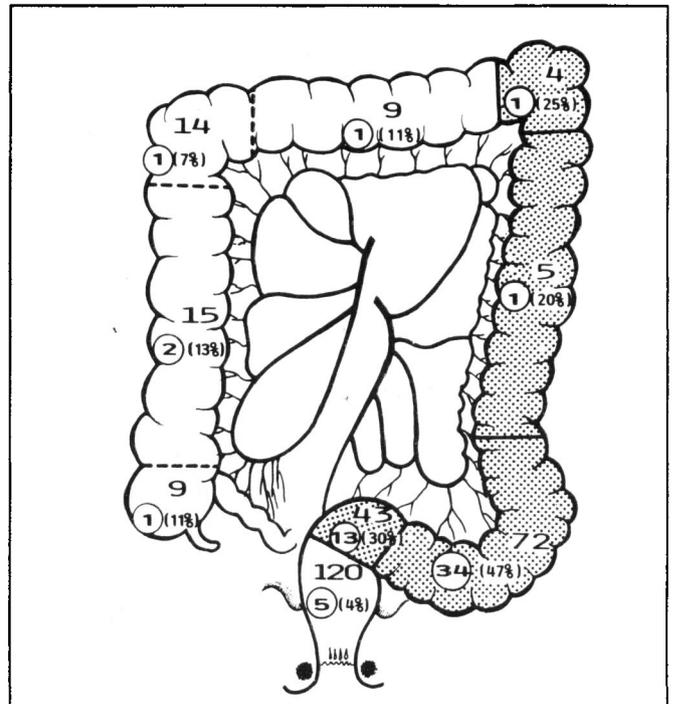


Fig. 1 - Distribuição de 291 adenocarcinomas ao longo dos diferentes níveis do colon e recto. (Experiência do "team" do autor senior.) Os algarismos dentro dos círculos indicam o número de tumores em obstrução aguda com as correspondentes percentagens entre parêntesis.

Todos os doentes foram internados, sem qualquer critério de selectividade, pela "urgência" do Hospital Universitário de Santa Maria onde o nosso grupo está em serviço 15 a 20 vezes por ano, durante períodos de 24 horas.

A Figura 1 mostra as percentagens das lesões obstrutivas ao longo dos vários níveis do colon, pondo em evidência as que constituem a base desta análise (ângulo esplênico, descendente, sigmoideia e junção rectosigmoideia). Cinco carcinomas do recto, num total de 120 (4%), não foram incluídos neste estudo, visto que uma das modalidades terapêuticas em análise colectomia subtotal num só tempo - implicaria, necessariamente, uma proctocolectomia seguida de anastomose ileo-rectal baixa ou ileo-anal, modalidades que não consideramos adequadas

em doentes cujo grupo etário se situa, predominantemente, acima dos 60 anos.

Todos os doentes foram operados após correcção de eventuais desequilíbrios hidro-electrolíticos ou ácido/básicos. Da mesma forma plasma, glóbulos vermelhos ou sangue total foram administrados, em preparação pré-operatória, quando necessário e de acordo com parâmetros clínicos e/ou laboratoriais. Uma irrigação rectal distal com soro fisiológico e betadine, bem como antibioterapia profilática sistémica, iniciada durante a indução anestésica e suspensa 24 a 48 horas no pós-operatório, foram rotina. A antibioterapia foi mantida para além do período mencionado em face de indicação clínica para administração prolongada.

Dezanove destes doentes foram operados entre 1973 e 1979, tendo os restantes sido submetidos a cirurgia após 1979 (Fig. 2). Até finais de 1979 foi nossa norma executar uma transversostomia descompressiva como tempo inicial, adiando a ressecção tumoral para um segundo tempo e, eventualmente, removendo a colostomia numa terceira operação.

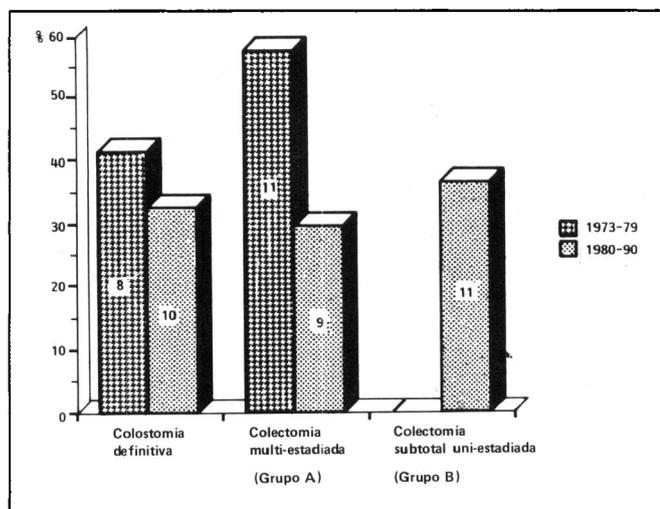


Fig. 2 - Abordagens cirúrgicas a 49 tumores do colon esquerdo em obstrução aguda (1973-90). Todos os doentes do Grupo B foram operados após 1979

Depois de 1979 tentamos, por princípio, ressecar o tumor inicialmente, por intermédio de uma colectomia subtotal seguida de ileo-sigmoidostomia baixa ou ileo-rectal alta. Em nove doentes, no entanto, uma ressecção em dois ou três tempos foi julgada mais apropriada. Em dois deles um tumor em estágio avançado, aderente a estruturas vizinhas (retroperitoneo e parede abdominal postero-lateral), impediu uma dissecação fácil e rápida. Num outro doente a existência de peritonite difusa, secundária a perfuração gangrenosa do colon distendido, contraindicava a construção duma anastomose e em seis outras ocasiões, na ausência do autor senior, foi julgada mais segura a abordagem classicamente considerada como tal. Uma colostomia descompressiva, como único tratamento cirúrgico, foi efectuada, pelos motivos expostos no Quadro I,

em 18 doentes. Vinte doentes submetidos a ressecção multi-estadiada (12 em três tempos e oito em dois tempos) formam o grupo A e 11 doentes operados com colectomia subtotal (10) ou total (um), num só tempo, formam o grupo B, constituindo a base desta análise (Fig. 2). Ambos os grupos eram comparáveis no que diz respeito à distribuição por sexo e idades (Fig. 3), estadiamento TNM (20) (Fig. 4) e classificação de risco ASA (American Society of Anesthesiology) (Fig. 5), em que I significa um indivíduo saudável, II doença sistémica sem deficit funcional significativo, III doença sistémica com nítido deficit funcional, IV grave doença sistémica, constituindo uma constante ameaça à vida e V um doente moribundo com improvável sobrevivência às 24 horas, com ou sem cirurgia. A localização dos tumores ressecados (grupos A e B) era como se mostra na Figura 6. As ileo-sigmoidostomias foram efectuadas num só plano de pontos separados utilizando um método fechado de anastomose "asséptica" (21) e a ileo-proctostomia pelo método clássico aberto, igualmente num só plano de pontos separados, em face de dificuldade de aplicar com segurança os clamps necessários para a técnica "asséptica", para além da reflexão peritoneal. Um cuidadoso "follow-up" foi mantido em todos os doentes, consistindo em exame clínico, medições do CEA, bioquímica hepática e ultrassonografia abdomino-pélvica cada 6 a 12 meses. TAC, rectossigmoidoscopia ou colonoscopia foram efectuados de acordo com critérios clínicos. As causas de morte foram estabelecidas, quer em recirurgia ou em exame postmortem.

Quadro I - Indicação de colostomia descompressiva em 18 pacientes

Indicação	1973-79 (N = 19)	1980-90 (N = 30)
Doença terminal, disseminação	2 (11%)	3 (10%)
Contraindicação médica para cirurgia "Major" (Deficiência cardíaca, respiratória ou renal em população idosa)	3 (15%)	3 (10%)
Irressecabilidade	2 (11%)	2 (6,6%)
Recusa do doente para outro tratamento	1 (5%)	2 (6,6%)
<b>Total</b>	<b>8 (42%)</b>	<b>10 (33%)</b>

## RESULTADOS

Os índices de morbidade e mortalidade operatórias, bem como as causas de morte, ocorrendo até 30 dias após cirurgia, estão evidenciados no Quadro II. A mortalidade operatória em colectomia subtotal de urgência, num só tempo, tal como publicada por vários autores e na presente série, mostra-se no Quadro III. A Figura 7 põe em evidência o tempo médio de permanência postoperatória, o qual foi mais que duas vezes o número de dias no grupo A (cumulativo).

Quadro II - Morbilidade e mortalidade operatórias (grupos A e B)

	Grupo A (N = 20)	Grupo B (N = 11)
<b>Causas de morte</b>		
- Deiscência anastomótica, sepsis	1	0
- Acidente vascular cerebral	0	1
- Embolia pulmonar maciça	1	0
<b>Índice de mortalidade</b>	2 (10%)	1 (9%)
<b>Morbilidade "Major"</b>		
- Atelectasia pulmonar, pneumonia	1	0
- Flebotrombose M.I.	1	1
<b>Morbilidade "Minor"</b>		
- Infecção da ferida operatória	2	0
- Infecção do tracto urinário inf.	2	1
<b>Índice de morbilidade</b>	6 (30%)	2 (18%)

Quadro III - Mortalidade operatória de colectomia subtotal, de urgência, num só tempo por carcinoma obstrutivo de colon esquerdo

Referência	Ano	Nº	Mortalidade (%)
Valerio e Jones (11)	1978	5	0
Klatt et al (12)	1981	5	0
Glass et al (13)	1983	7	1 (14%)
Deutsch et al (14)	1983	14	1 (7%)
Weddel et al (15)	1983	12	1 (8%)
Adloff et al (16)	1984	13	1 (8%)
Feng et al (17)	1987	15	1 (7%)
Halevy et al (18)	1989	22	1 (4,5%)
Série pessoal	1990	11	1 (9%)
<b>Total</b>		<b>104</b>	<b>7 (7%)</b>

A frequência diária de dejeções em doentes do grupo B rondou as três a quatro durante os 30 a 60 dias que se seguiram à cirurgia, voltando gradualmente à normalidade (um a dois) após três meses (Quadro IV).

Quadro IV - Número de evacuações por 24 horas em doentes do grupo B (n = 11)

Período de tempo após anastomose ileo-sigmoideia ou ileo-rectal (meses)	Nº de doentes		
	6-8	4	1-2
0,5	7 (64%)	4 (36%)	0
1,0	3 (27%)	6 (55%)	2 (18%)
2,0	1 (9%)	6 (55%)	4 (36%)
6,0	0	2 (18%)	9 (82%)

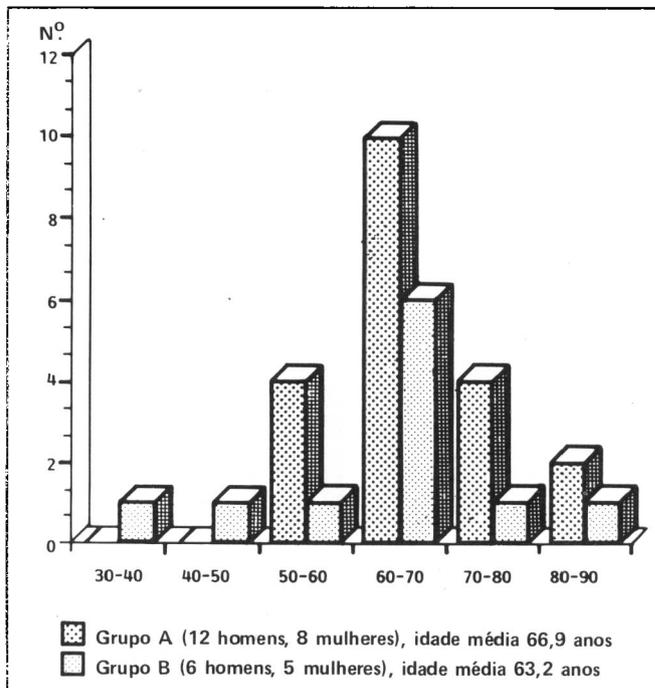


Fig. 3 - Distribuição por sexo e idade em 31 doentes cujas lesões tumorais, em obstrução aguda, foram ressecadas (grupos A e B)

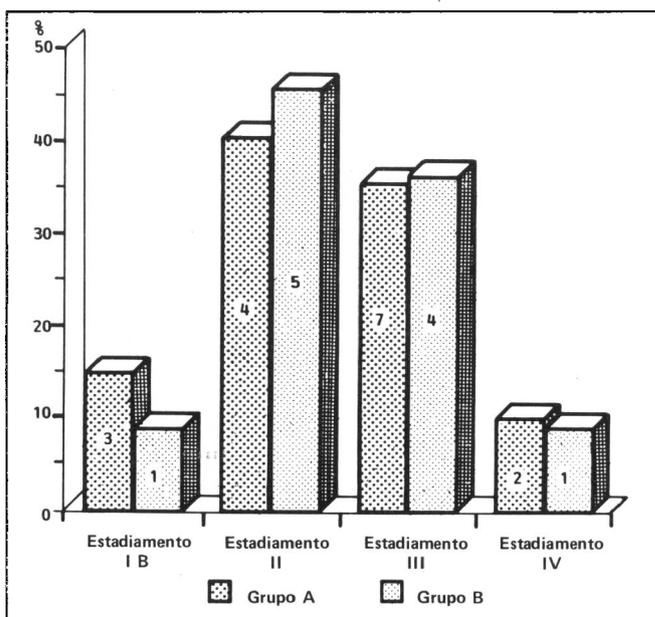


Fig. 4 - Estadiamento TNM de 31 tumores ressecados (grupos A e B)

Nenhum necessitou hospitalização por este motivo, tendo sido fácil controlar os períodos de fezes líquidas com a administração de Loperamide. Nenhum considerou estes períodos como incapacitante, nem referiu incontinência noturna.

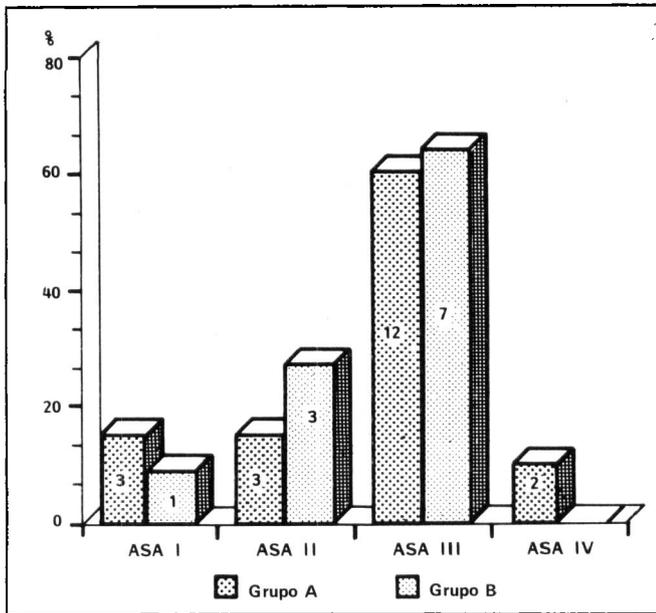


Fig. 5 - Classificação de risco ASA (American Society of Anesthesiology) de 31 doentes submetidos a ressecção de tumores do colon esquerdo em obstrução aguda (grupos A e B)

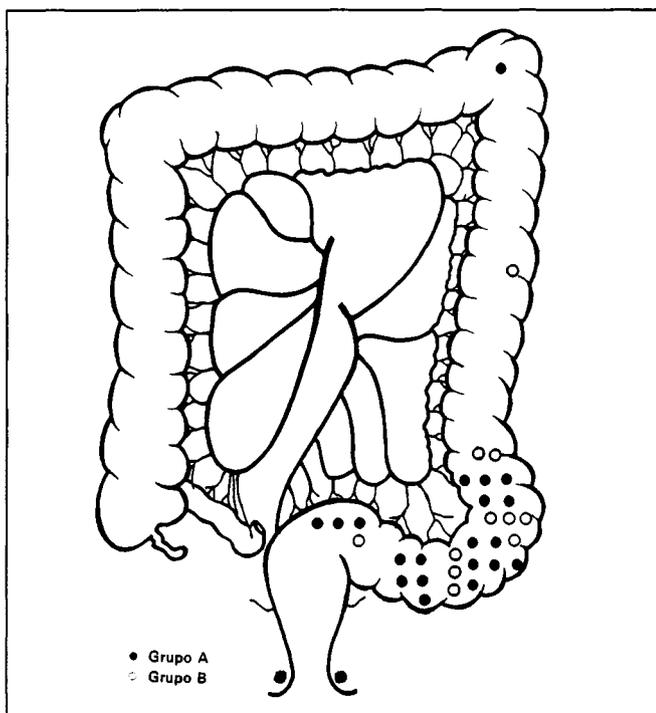


Fig. 6 - Localização de tumores do colon esquerdo em obstrução aguda submetidos a ressecção multi-estadiada (grupo A, n = 20) e colectomia subtotal ou total (grupo B, n = 11)

### COMENTÁRIOS

Significativa contróversia se tem verificado, em anos recentes, em torno do que deverá considerar-se como o tratamento cirúrgico "correcto" do cancro do colon esquerdo em obstrução total. Em última análise relaciona-se

essa discussão com a maior ou menor segurança de uma ressecção imediata em oposição a uma adiada, de uma anastomose primária ou secundária, com ou sem colostomia "protectora". Um certo número de autores (7, 8, 22) reivindicam a superioridade de uma ressecção imediata no que concerne á mortalidade operatória, enquanto alguns outros (2, 3) referem justamente o oposto e outros (9, 23), ainda, apontam resultados igualmente maus, quer para colostomia com ressecção secundária, ressecção com colostomia ou ressecção com anastomose.

Embora se torne evidente, a partir destes trabalhos em aparente contradição, que a segurança de uma ressecção primária, com ou sem anastomose imediata, no colon esquerdo, não foi, até agora, aceite como um facto estabelecido, não pode negar-se a existência de uma tendência favorável a uma colectomia de emergência num só tempo, seja ela subtotal ou segmentar.

A modalidade mais defendida parece ser a colectomia sub-total (11-18). Esta abordagem parece conter, na realidade, várias características positivas:

1) Uma morbimortalidade operatória relativamente baixa. Os nossos resultados, confirmando os de outros autores e mostrando-os como perfeitamente comparáveis aos por nós obtidos com ressecções multi-estadiadas, confirmam precisamente essa asserção (Quadros II e III).

2) A não necessidade de uma colostomia, ainda que temporária, cuja morbidade não pode, de modo nenhum, considerar-se como desprezível (24).

3) Um tempo de hospitalização significativamente encurtado (Fig. 7).

4) Sob um ponto de vista oncológico, embora numa base puramente especulativa, uma fácil e rápida dissecação de uma vasta área de drenagem linfática, bem como a ressecção concomitante de uma vasta zona de mucosa instável, potencialmente maligna, onde uma associação acrescida com neoplasmas sincrónicos tem sido descrita (25). Por outro lado alguns inconvenientes graves lhe são, vulgarmente, atribuídos: 1) é uma manobra tecnicamente exigente e proibitivamente arriscada; 2) origina diarreia difícil de controlar e susceptível de descompensar uma

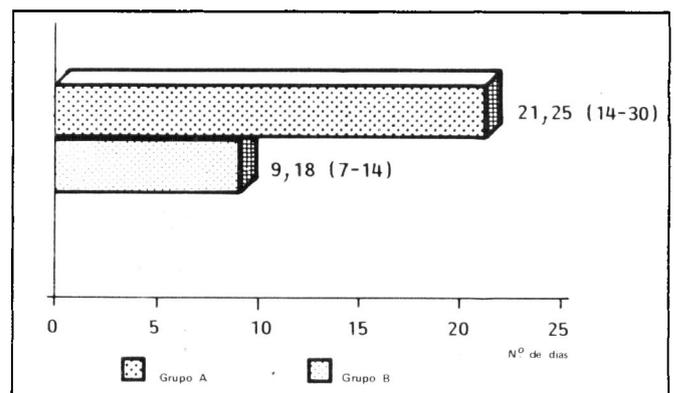


Fig. 7 - Tempo médio de permanência hospitalar em doentes dos grupos A (ressecção multi-estadiada) e B (colectomia em um só tempo)

disfunção esfíncteriana ano-rectal sub-clínica, conhecida como afectando um considerável número de indivíduos acima dos 60 anos.

Os nossos resultados não parecem apoiar tais asserções, tal como também os de outros autores (11-18), embora concordemos que esta modalidade técnica deve evitar-se se a anastomose tem que ser construída muito para além da junção rectossigmoideia, em face do verdadeiro risco, então verificável, de descontrolo funcional ano-rectal. Sob o ponto de vista técnico parece oferecer, na realidade, uma dificuldade aceitável sempre que um grupo cirúrgico experiente esteja envolvido. A este respeito deve ser salientado que níveis mais elevados de experiência e destreza técnica deveriam, razoavelmente, ser antecipados como verificáveis no nosso grupo, na segunda metade do período em análise, durante a qual todos os doentes do grupo B foram operados (Fig. 1), em comparação com os existentes na primeira fase. De facto esta peculiar técnica de abordagem constitui apenas a extensão de uma hemicolectomia direita, abordagem que ninguém ousa contestar como a mais correcta no tratamento das lesões do colon direito, ao mesmo tempo que beneficia dum anastomose com melhores condições de cicatrização (19), em que a oposição de segmentos intestinais colapsados, com bom fluxo sanguíneo, maleáveis e facilmente mobilizáveis, como é o caso quando se trata do intestino delgado, mas também com o colon sigmoideio situado distalmente ao tumor obstrutivo, aumenta a segurança anastomótica. As dificuldades de manipulação que um colon distendido sempre oferece podem minimizar-se por meio de uma manobra de descompressão simples, tal como descrito por um bem conhecido grupo cirúrgico colo-rectal (26).

Uma colectomia segmentar, num só tempo, ofereceria quase todas as vantagens mencionadas, sem o inconveniente da diarreia, visto que manteria a válvula ileo-cecal e a sua função primordial de promover uma adequada reabsorção de fluidos e electrólitos no ileon terminal. Semelhante variante técnica, a ser executada com segmentos colónicos distendidos e preenchidos com matéria fecal, acarretaria, no entanto, um inaceitável risco de deficiente cicatrização anastomótica, deiscência e sepsis. Durante a passada década, no entanto, quer uma lavagem intraoperatória anterógrada (27, 28), quer a utilização de protecção anastomótica por um "escudo" intra-luminal (29, 30) têm sido recomendadas como manobras tendentes a diminuir ou eliminar esse risco e permitindo, em sequência, a construção de uma anastomose colo-colónica ou colo-rectal segura. Um inconveniente, facilmente antecipável, de tais manobras seria, presumivelmente, a sua incapacidade de impedir a persistência, mesmo após descompressão, de isquémia das paredes intestinais colónicas, que se agravaria com a distensão (31), com o conseqüente grave risco de ruptura anastomótica ou estenose tardia. Seja como for, a experiência até agora obtida e referida na literatura não é suficientemente conclusiva para que possamos tomar uma

atitude definida em relação a estes artifícios técnicos, seja a favor ou contra.

Parece, pois, que um consenso sobre a abordagem "ideal" no tratamento desta entidade clínica permanece por definir, constituindo uma análise clínica multicêntrica, controlada, prospectiva, randomizada a única possibilidade de alguma vez se chegar a tal consenso. Um estudo com estas características é, no entanto, difícil ou totalmente impossível de ser levado a cabo por razões de ordem estatística, ética e cirúrgica, como muito bem posto em evidência por Fielding (9, 32).

Embora baseado numa análise retrospectiva, o nosso estudo é o de um único grupo que permaneceu uniforme ao longo dos anos, com a conseqüente uniformidade de critérios. Sentimo-nos, pois, de certa forma autorizados a sugerir o que pensamos ser o tratamento correto.

Embora uma abordagem individualizada a qualquer doente afectado por uma obstrução aguda, maligna, do colon esquerdo deva sempre ser a atitude mais sensata, pensamos que as linhas orientadoras que, em seguida, se expõem devem ser tomadas em consideração:

1) Se se trata de um doente com um baixo ou aceitável risco cirúrgico, uma colectomia subtotal num só tempo é o processo de eleição. Os nossos resultados revelam que os níveis de morbimortalidade operatória são semelhantes aos por nós obtidos com a ressecção multi-estadiada (Quadro II), mas encurtando consideravelmente o tempo de hospitalização (Fig. 7). No entanto, se depararmos com uma reacção inflamatória peri-tumoral exuberante tornando difícil a mobilização, com edema e possível aderência a estruturas vizinhas, impondo uma dissecação forçosamente lenta e fastidiosa ou uma ressecabilidade incerta, pensamos ser mais prudente recorrer a uma ressecção em dois tempos, tipo Hartmann, ou mesmo a uma colectomia em três etapas, sendo a primeira uma simples transversostomia descompressiva. A má tolerância de doentes idosos a tempos anestésicos e operatórios prolongados deve ser tomada em consideração.

2) Se o doente constitui um baixo risco cirúrgico mas a lesão está localizada na junção rectossigmoideia ou recto superior o processo a executar é, possivelmente uma hemicolectomia esquerda ou ressecção anterior num só tempo, após descompressão e lavagem, anterógrada, intraoperatória (27, 28), com ou sem protecção anastomótica por uma "Manga" intra-luminal (29, 30).

Por não possuímos qualquer experiência com estas variantes técnicas, admitimos a sua eventual utilidade nesta situação específica. No entanto, apenas estudos prospectivos, randomizados, poderão encontrar resposta adequada a esta questão.

Até que essa resposta chegue, somos de opinião que uma ressecção tipo Hartmann deve ser a solução preferencial.

3) Em face de um mau risco cirúrgico, uma simples colostomia descompressiva é a melhor solução. A experiência e senso clínico deverão ser os principais auxiliares

na decisão entre uma ressecção em dois ou três tempos, bem como na escolha do "timing" correcto para a sua execução.

Sendo a distinção clínica entre um mau e um bom risco cirúrgico impossível de ser encarada como uma questão de definição matemática, mas antes como um problema, frequentemente, de natureza vaga e subtil, não sugeríamos que uma colectomia subtotal uni-estadiada deve ser uma medida de rotina, mas acreditamos que é a melhor operação para a maioria das obstruções malignas agudas do colon esquerdo, sempre que sazoados critérios selectivos e capacidades técnicas adequadas estejam presentes.

---

ALMEIDA ACM, GRACIAS CW, SANTOS NM, ALDEIA FJ - Surgical approach to acute malignant obstruction of the left colon - Towards fewer colostomies.

**SUMMARY:** One-stage resection of an acutely obstructed left colon would improve quality of life while shortening the length of hospitalization. Prohibitive morbidity rates, though, are usually ascribed to such an approach. Analyzing our experience we compared the results of one-stage subtotal colectomy to those following multi-staged resection in what relates to operative mortality and morbidity rates and length of hospital stay. Forty-nine (17%) colon cancers presented with acute left-sided obstruction (Jan. 1972 - Sept. 1990), requiring emergency surgery. Colostomy alone was performed in 18, multi-staged colectomy in 20 (Group A) and one-stage subtotal colectomy in 11 (Group B, all of them after 1979). Both groups were comparable as to age and sex distribution, TNM staging and ASA classification. Operative mortality and morbidity rates were 10% and 30% in Group A, 9% and 18% in Group B, respectively. The average duration of hospitalization was 21.25 days (14-30) in Group A, 9.18 days (7-14) in Group B. Although it is not suggested that one-stage subtotal colectomy should be a routine measure it is felt to be the procedure of choice, provided selection requirements and technical demands are met.

**KEY WORDS:** emergency one-stage colectomy; left colon cancer; acute large bowel obstruction

---

REFERÊNCIAS

1. Lockhart-Mummery JP. The treatment of obstructive lesions of the colon. *Br Med J* 1927; 1: 950-52.
2. Ohman U. Prognosis in patients with obstructing colorectal carcinoma. *Am J Surg* 1982; 143: 742-47.
3. Welch JP, Donaldson GA. Management of severe obstruction of the large bowel due to malignant disease. *Am J Surg* 1974; 127: 492-99.
4. Gennaro AR, Tyson RR. Obstructive colonic cancer. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 436-51.
5. Sanfelippo MPM, Beahrs OH. Factors in the prognosis of adenocarcinoma of the colon and rectum. *Arch Surg* 1972; 104: 401-405.
6. Serpell JW, McDermott FT, Katrivessis H, Hughes ESR. Obstructing carcinoma of the colon. *Br J Surg* 1989; 76: 965-69.

7. Fielding LP, Wells BW. Survival after primary and after staged resection for large bowel obstruction caused by cancer. *Br J Surg* 1974; 61: 16-18.
8. Clark J, Hall AW, Moossa AR. Treatment of obstructing cancer of the colon and rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1975; 141: 541-44.
9. Phillips RKS, Hittinger R, Fry JS, Fielding LP. Malignant large bowel obstruction. *Br J Surg* 1985; 72: 296-302.
10. Lockhart-Mummery JP. The treatment of acute obstruction from cancer of the colon. *Lancet* 1922; 2: 1.117.
11. Valerio D, Jones PJ. Immediate resection in the treatment of large bowel emergencies. *Br J Surg* 1978; 65: 712-16.
12. Klatt GR, Martin WH, Gillespie JT. Subtotal colectomy with primary anastomosis without diversion in the treatment of obstructing carcinoma of the colon. *Am J Surg* 1981; 141: 577-78.
13. Glass RL, Smith LE, Cochran RC. Subtotal colectomy for obstructing carcinoma of the left colon. *Am J Surg* 1983; 145: 335-36.
14. Deutsch AA, Zelikovski A, Stenberg A, Reiss R. One-stage subtotal colectomy with anastomosis for obstructing carcinoma of left colon. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 227-29.
15. Wedell H, Banzhof G, Eissen M, Gastrup W, Calker H. Die Notfallmassige Colektomie mit primarer Anastomose beim obturierenden linksseitigen Colon Carcinoma. *Chirurgie* 1983; 54: 582-88.
16. Adloff M, Amaud JP, Ollier JC. Emergency one-stage subtotal colectomy with anastomosis for obstructing carcinoma of the left colon. *Digestive Surg* 1984; 1: 37-40.
17. Feng YS, Hung H, Chen SS. One-stage operation for obstructing carcinoma of the left colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 29-32.
18. Halevy A, Levi J, Orda R. Emergency subtotal colectomy. *Ann Surg* 1989; 210: 220-23.
19. Wise L, Allister, Steein T, Schuck P. Studies on the healing of anastomoses of small and large intestines. *Surg Gynecol Obstet* 1975; 141: 190-94.
20. American Joint Committee for Cancer Staging and end-results reporting. American Cancer Society, American College of Surgeons, Manual for Staging of Cancer. Chicago: Whiting press, 1978: 77-83.
21. Almeida AM, Gracias W, Santos NM, Aldeia FJ. Aseptic single layer anastomosis - Its possible role in minimizing sepsis after large bowel surgery. *Coloproctology* 1982; 4: 155-160.
22. Koruth NM, Hunter DC, Krukowski H, Matheson NA. Immediate resection in emergency large bowel surgery: a 7 year audit. *Br J Surg* 1985; 72: 703-707.
23. Umpleby HC, Williamson RCN. Survival in acute obstructing colorectal carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 299-304.
24. Bozzetti F, Nava M, Bufalino R. Early local complications following colostomy closure. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 25.
25. Bat L, Neumann G, Shemesh E. The association of synchronous neoplasms with occluding colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1985: 149-51.
26. Khaal RE, Rothenberger DA, Wong WD, Buls JA, Najarian JG. Tube decompression of the dilated colon. *Am J Surg* 1988; 156: 214-16.
27. Radliffe AG, Dudley HAF. Intraoperative antegrade irrigation of the large intestine. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156: 721-23.
28. Korth NM, Krukowski ZH, Youngson CG. Intraoperative colonic irrigation in the management of left-side large bowel emergencies. *Br J Surg* 1985; 72: 708-11.
29. Ravo B, Ger R. Temporary colostomy - An outmoded procedure? *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 904-907.
30. Keane PF, Ohri SK, Wood CB, Sackier JM. Management of the obstructed left colon by the one-stage intracolonic bypass procedure. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 948-51.
31. Hawley P. Personal communication. Symposium of colo rectal cancer. Lisbon, december, 1990: 10-12.
32. Fielding LP, Stewart-Brown S, Dudley HAF. Surgeon related variables and the clinical trial. *Lancet* 1978; 11: 778-81.

Endereço para correspondência:  
António de Castro Mendes de Almeida  
Rua das Praças, 43 - 3º Esq.  
1200 - Lisboa - Portugal