
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE EMERGÊNCIA DOS TUMORES COLORRETAIS

MARIA CECÍLIA R. TEIXEIRA BROCHADO
MARCELO AVERBACH, TSBCP
MARCOS DOS SANTOS VIEIRA DE BARROS
PAULO CESAR RIBEIRO
EUGENIO AMÉRICO BUENO FERREIRA
ERASMO MAGALHÃES DE CASTRO TOLOSA

BROCHADO MCRT, AVERBACH M, BARROS MSV, RIBEIRO PC, FERREIRA EAB, TOLOSA EMC - Tratamento cirúrgico de emergência dos tumores colorretais. *Rev bras Colo-Proct*, 1991; 11(4): 128-130.

RESUMO: Os autores apresentam um estudo retrospectivo dos pacientes portadores de neoplasias colorretais que necessitaram tratamento cirúrgico de emergência, em um período de quatro anos e meio. Obtêm taxa de mortalidade de 29,41%, o que demonstra a gravidade relacionada a estas situações. Concluem que a ressecção da lesão deve, sempre que possível, ser realizada. Deve-se, porém, selecionar de forma criteriosa os pacientes a serem submetidos à anastomose primária.

UNITERMOS: Cancer colorretal; obstrução intestinal

Com o intuito de se reduzir a população bacteriana da luz do cólon, constituída principalmente por bactérias Gram-negativas e anaeróbicas, o preparo pré-operatório do cólon assume papel de extrema importância, contribuindo desta maneira para a diminuição das complicações e, conseqüentemente, para a redução das taxas de mortalidade pós-operatória.

Em algumas circunstâncias, entretanto, sua realização não é possível em virtude da necessidade de uma intervenção imediata. Nestas situações encontram-se a perfuração, a obstrução e a hemorragia que, por serem intercorrências emergenciais, não permitem o preparo intesti-

nal adequado, incorrendo em taxas de morbidade e mortalidade pós-operatórias mais altas.

O objetivo deste estudo é o de analisar retrospectivamente os pacientes operados por complicações de neoplasias colorretais, no Serviço de Emergência da Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, no período de janeiro de 1986 a junho de 1990.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados, retrospectivamente, 17 pacientes, que foram tratados cirurgicamente por complicações de neoplasias colorretais, no Serviço de Emergência do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, no período compreendido de janeiro de 1986 a junho de 1990.

RESULTADOS

Dos 17 pacientes, oito eram do sexo masculino e nove do sexo feminino, com idades variando de cinco a 84 anos, com mediana de 57 anos. Treze pacientes eram de cor branca, três pardos e um amarelo.

A localização mais freqüente do tumor foi na região do sigmóide, com cinco casos (29,41%), seguido pelo cólon transverso, três (17,64%), reto, dois (11,76%), cólon ascendente, dois (11,76%), e ângulo hepático e ângulo esplênico com um caso cada (5,88%).

Dos 17 pacientes, 15 (88,23%) apresentavam-se obstruídos por ocasião da indicação cirúrgica e quatro (23,52%) apresentavam-se perfurados, sendo dois concomitantemente à obstrução. A perfuração localizava-se no próprio tumor em três casos, sendo que, no ceco, em um caso por decorrência do processo obstrutivo distal.

Durante o ato cirúrgico optou-se pela colectomia, com

ressecação do tumor em 13 pacientes (76,47%), sendo realizada anastomose primária sem colostomia protetora em 10 pacientes (76,92%) e colectomia sem anastomose primária com colostomia em três pacientes (23,07%). Nos quatro pacientes restantes foi escolhida uma conduta apenas descompressiva, sem ressecção, realizando-se colostomia por laparotomia exploradora em três casos (75%) e colostomia "às cegas" em um caso (25%).

Com base nos estadiamentos intra-operatório e histológico da peça cirúrgica, classificaram-se os tumores, segundo Dukes:

- Dukes A: zero
- Dukes B: três casos (27,27%)
- Dukes C: dois casos
- Dukes D: seis casos} oito casos (72,72%)

Deve-se salientar que, dos 17 pacientes, dois eram portadores de linfoma. Nos outros quatro casos restantes, sem estadiamento anatomopatológico, o estudo não foi realizado por não ter sido ressecada a peça.

As complicações pós-operatórias mais frequentes foram: respiratórias (três casos - 17,64%), septicemia (dois casos - 11,76%), infecção da incisão cirúrgica (dois casos - 11,76%) (Tabela 1).

Tabela 1

Complicações	N	%
Respiratórias	3	17,64
Septicemia	2	11,76
Infecção da incisão	2	11,76
Abscesso intracavitário	1	5,88
Deiscência da anastomose	1	5,88
Insuficiência cardíaca	1	5,88
Insuficiência renal	1	5,88
Afundamento da colostomia	1	5,88
Afundamento da fístula colocutânea	1	5,88

Dos 10 pacientes submetidos à colectomia com anastomose primária, sem colostomia, houve um óbito (10%), enquanto que dos três pacientes submetidos à colectomia sem anastomose, com colostomia, dois foram a óbito (66,66%) e o outro teve seu trânsito reconstruído dois meses após a primeira cirurgia, com boa evolução.

Dos quatro pacientes em que foi realizada apenas colostomia descompressiva, dois obtiveram alta (50%) e dois foram a óbito (50%), no segundo dia de pós-operatório, um por septicemia e outro por falência de múltiplos órgãos.

A taxa de mortalidade pós-operatória foi de 29,41%, assim relacionada: decorrente de choque séptico, dois casos; deiscência de anastomose ileorretal, um caso; problemas relacionados à exteriorização do cólon, um caso, e falência de múltiplos órgãos, um outro caso.

Não houve intercorrências anestésicas em nenhum dos 17 casos.

Não foi realizado preparo pré ou intra-operatório de cólon em nenhum paciente.

DISCUSSÃO

O tratamento cirúrgico de emergência dos tumores colorretais é complexo, havendo controvérsias em relação à realização de descompressão ou de ressecção com ou sem anastomose primária.

Dos 17 pacientes desta série, a maioria (88,23%) apresentava quadro obstrutivo, sendo este, de acordo com a literatura, a complicação mais freqüente dos tumores colorretais.

Quanto à perfuração, esta pode ocorrer no local do tumor, ou proximalmente a ele, devido ao aumento da pressão intraluminal relacionada à lesão obstrutiva. Dos 17 pacientes neste trabalho, quatro apresentavam perfuração, sendo que em três o tumor achava-se perfurado e em apenas um houve perfuração do ceco decorrente do quadro obstrutivo.

Os tumores localizaram-se mais freqüentemente nas porções distais, sendo que 41,17% deles achavam-se no reto ou no sigmóide. Este dado está de acordo com a literatura no que tange à localização de cerca de dois terços dos tumores distais ao cólon transversal (1, 2).

Em relação ao estadiamento, observou-se que os tumores são avançados, sendo que aproximadamente 72% dos adenocarcinomas, quanto à possibilidade de estadiamento, eram Dukes C ou D. Esta porcentagem elevada de casos avançados operados na vigência de complicações foi verificada por Irvin & Greaney, que, comparando casos tratados eletivamente com tumores obstrutivos, encontraram uma incidência significativamente mais alta de Dukes C nos pacientes portadores de tumor obstrutivo (3).

Houve uma alta taxa de mortalidade (29,41%), compatível, entretanto, com dados da literatura, que acusam mortalidade variando de 2,3 a 37,9% em pacientes portadores de tumores obstrutivos (3, 4, 5, 6). Este índice pode ser explicado pelo estágio avançado da neoplasia em 72% dos casos, e pelo estado geral deteriorado em 60% dos pacientes que apresentavam septicemia e falência de múltiplos órgãos desde o início.

Os pacientes submetidos à ressecção com anastomose primária, sem colostomia, apresentaram uma taxa de mortalidade menor (10%), provavelmente por se acharem em melhores condições clínicas, o que leva à conclusão de que esta é uma boa conduta, na emergência, em pacientes selecionados.

O grupo submetido à ressecção com exteriorização, sem anastomose, foi o de mais alta taxa de mortalidade (66,66%), superior até mesmo ao grupo onde foi realizada somente colostomia (50%).

CONCLUSÕES

Pode-se concluir que existem altas taxas de mortalidade relacionadas ao tratamento das neoplasias colorretais complicadas.

A ressecção da lesão deve ser, sempre que possível, o objetivo do tratamento cirúrgico, levando-se em conta

uma seleção criteriosa dos pacientes que serão submetidos a anastomose primária, com atenção especial para as múltiplas complicações clínicas a que estão expostos estes pacientes, dando-se grande ênfase ao tratamento clínico de suporte.

BROCHADO MCRT, AVERBACH M, BARROS MSV, RIBEIRO PC, FERREIRA EAB, TOLOSA EMC
- Emergency surgical treatment of colorectal cancer

SUMMARY: The authors present a four and a half year retrospective study of patients with complicated colorectal cancer who needed emergency surgical treatment. The mortality rate of 29.41% demonstrates the severity of the pathology. The conclusion is that the tumor resection must be performed whenever possible

and a care selection must be made of patients to be submitted to a primary anastomosis is required.

KEY WORDS: colorectal carcinome; intestinal obstruction

REFERÊNCIAS

1. Welch JP, Donaldson GA. Management of severe obstruction of the large bowel due to malignant disease. *Am J Surg* 1974; 127: 492-499.
2. Hughes ESR. Mortality of acute large-bowel obstruction. *Br J Surg* 1966; 53(7):593-594.
3. Irvin TT, Greaney MG. The treatment of colonic cancer presenting with intestinal obstruction. *Br J Surg* 1977; 64: 741-744.
4. Crooms JF, Kovalcik PJ. Obstructing left-sided colon carcinoma. Appraisal of surgical options. *Am Surg* 1984; 50: 15-19.
5. Utiyama E, Averbach M, Tadokoro A, Bevilacqua R, Birolini D. Emergency surgical treatment in obstructed and perforated carcinoma of the colon. Apresentado em The World Congresses of Gastroenterology - September 1986 - São Paulo.
6. Amsterdam E, Krispin M. Primary resection with colostomy for obstructive carcinoma of the left side of the colon. *Am J Surg* 1985; 150: 558-560.