

TUMORES DO CÓLON E RETO: EXPERIÊNCIA DE 16 ANOS

MURILO BOAVISTA PESSOA MENDES, TSBCP
LUCIANO DIAS BATISTA COSTA, ASBCP
SÉRGIO TAMURA, FSBCP

MENDES MBP, COSTA LDB & TAMURAS - Tumores do cólon e reto: experiência de 16 anos. *Rev bras Colo-Proct*, 1992; 12(4): 132-138

RESUMO: Entre 1975 e 1990, 61 pacientes foram submetidos à cirurgia por câncer colorretal. Estas cirurgias foram realizadas em nossa instituição (HFA). Os autores fizeram uma análise retrospectiva, avaliando a classificação de Dukes, a indicação cirúrgica, as complicações, mortalidade e follow-up. Na análise da sobrevida, concluímos que o estágio do tumor pela classificação de Dukes, foi o fator prognóstico mais importante na avaliação destes pacientes.

UNITERMOS: tumores; câncer; cólon; reto

Os autores analisam retrospectivamente 61 casos de pacientes operados por câncer colorretal no período compreendido entre 1975 e 1990, no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital das Forças Armadas. A faixa etária mais acometida foi dos 60 aos 69 anos, sendo a maioria dos tumores localizada no sigmóide (37,7%) e reto (41%). A classificação de Dukes modificada revelou oito Dukes A, 11 Dukes B, 28 Dukes C e 14 Dukes D. Foram realizadas cirurgias radicais em 77% dos casos e complicações pós-operatórias ocorreram com 47,5%. A mortalidade foi de 9,8%, a irressuscitabilidade de 4,9% e a taxa de sobrevida máxima projetada somou 38%. O acompanhamento tardio destes pacientes foi de 78,6%.

O carcinoma do intestino grosso aparece com amplas variações de frequência em diferentes partes do mundo. Nos países industrializados, em sua maioria, representa a segunda causa de morte por câncer e seu prognóstico pouco tem mudado, apesar do aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, dos métodos de diagnóstico, da rádio e da quimioterapia.

O objetivo deste trabalho é avaliar os aspectos clínicos e cirúrgicos dos pacientes portadores de câncer colorretal, sua evolução e seu acompanhamento tardio.

PACIENTES E MÉTODOS

De 1975 a 1990, foram submetidos a tratamento cirúrgico 61 pacientes portadores de câncer colorretal, no Hospital das Forças Armadas, Clínica de Colo-Proctologia, num estudo retrospectivo.

Trinta e três (54%) eram do sexo masculino e 28 (46%) do sexo feminino. A idade mínima foi de 23 anos e a máxima de 76 anos. Pacientes jovens com idade abaixo de 40 anos foram oito (13,1%). A maior incidência foi na 7ª década e a cor branca predominou (Tabela 1).

Tabela 1 - Incidência quanto à idade, sexo e cor.

Idade	Nº	%	Sexo	Nº	%	Cor	Nº	%
20 - 29	1	1,6						
30 - 39	7	11,5	Masc.	33	54	Branca	51	83,6
40 - 49	12	19,7						
50 - 59	13	21,2	Fem.	28	46	Parda	10	16,4
60 - 69	21	34,5						
70 - 79	7	11,5						

Quanto à localização, 25 (41%) estavam no reto, sendo 10 no terço superior, oito no médio e sete no inferior. No cólon predominou a localização do sigmóide, com 23 casos, descendente e transversal com cinco em cada, ângulo hepático, ângulo esplênico e cólon ascendente registraram um caso para cada localização. Não houve tumores do ceco nesta casuística (Tabela 2).

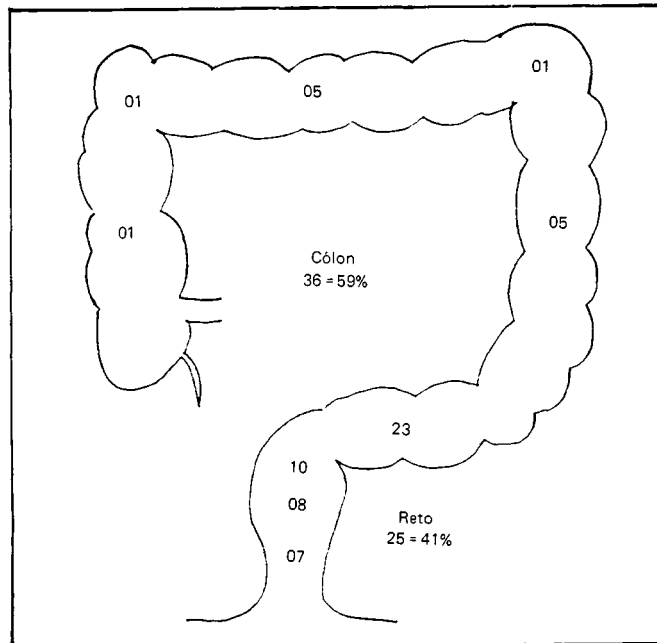
Os sinais e sintomas mais frequentes foram em ordem decrescente: sangramento, constipação, perda de peso, diarreia, muco, cólicas e massa palpável, dentre outros. O tempo decorrido entre o primeiro sinal ou sintoma e o diagnóstico variou de 15 dias a dois anos, com média de 7,2 meses.

Os exames que levaram à suspeita diagnóstica foram: inspeção em um, toque em 15, retossigmoidoscopia em 19, enema opaco em 16 e laparotomia em 10.

Continuando a exploração pré-operatória, três pacientes apresentavam suspeita de metástases pulmonares ao Raio X de tórax, dois com compressão ureteral esquerda à urografia excretora, nove com suspeita de metástase hepática à cintilografia, 50 com enema opaco sugestivo de malignidade e cinco com suspeita ecográfica de metástase hepática.

Quatorze pacientes (22,9%) tinham associação com pólipos benignos e dois (3,3%) eram tumores sincrônicos (Tabela 3).

Tabela 2 - Localização dos tumores.



Como patologia associada verificamos doença diverticular em seis, asma brônquica em quatro, hipertensão, diabetes e insuficiência coronariana em três, obesidade, aneurisma de VE, úlcera péptica e insuficiência renal em um, perfazendo total de 26 pacientes.

O tratamento cirúrgico radical foi realizado em 47 pacientes (77%). Vinte e um (44,6%) eram tumores do reto e 26 (55,4%) do cólon, o que corresponde respectivamente a 84 e 72,2% da totalidade das neoplasias do reto e do cólon.

As cirurgias associadas foram 17 (36,2%), predominando a pan-histerectomia (Tabela 4).

O tratamento paliativo realizou-se em 14 (23%). Foram quatro tumores do reto (28,6%), 10 tumores do cólon (71,4%), que é igual a 16 e 27,8% do total dos tumores reto-cólicos.

As cirurgias associadas foram três (21,4%). A inoperabilidade foi de 4,9%, sendo dois tumores do cólon e um do reto, o que corresponde a 5,5 e 4%, respectivamente, destas neoplasias.

Os critérios de paliatividade foram vários, com maior frequência para a presença de metástases hepáticas difusas (Tabela 5).

Tabela 3 - Sinais e sintomas, diagnóstico primário, intervalo de tempo.

Sinais e sintomas	Nº	%	Diagnóstico primário	Nº	%	Intervalo de tempo
Sangramento	42	69,8	Inspeção	1	1,6	T. mínimo 15 dias
Constipação	32	52,4	Toque	15	24,5	
Perda de peso	26	42,6	RSC	19	31,2	T. máximo 2 anos
Diarréia	21	34,4	Clister			
Muco	19	31,1	opaco	16	26,3	Média 7,2 meses
Cólicas	18	29,5	Laparotomia	10	16,4	
Tenesmo	13	21,3				
Massa palpável	12	19,6	Pólipos associados	16	26,2%	
Cir. urgência	10	16,3	Pólipos benignos	14	22,9%	
Anemia	6	9,8	Tumor sincrônico	2	3,3%	
Anorexia	5	8,1				

Tabela 4 - Cirurgias radicais.

Cirurgia radical	Nº	%	Cirurgias associadas	Nº	%
Reto	21	44,7			
Miles	11	23,4	Pan-histerectomia	6	12,8
Ressecção anterior com colostomia	4	8,6	Salpingectomia e ooforectomia	3	6,4
Ressecção anterior	3	6,4	Colcistectomia	2	4,3
Ressecção local	1	2,1	Apendicectomia	2	4,3
Cutait	1	2,1	Enterectomia	1	2,1
Duhamel	1	2,1	Exérese de divertículo de Meckel.	1	2,1
Cólon	26	55,3	Pan-histerectomia com colectomia posterior	1	2,1
Colectomia esq.	11	23,4	Pancreatectomia caudal.	1	2,1
Colectomia esq. com colostomia	10	21,2			
Colectomia dir.	4	8,6			
Colectomia transv.	1	2,1			
Total	47	77,0	Total	17	36,2

Tabela 5 - Cirurgia paliativa.

Cirurgia paliativa	Nº	%	Cirurgias associadas	Nº	%
Reto	4	28,60	Colecistectomia	1	7,15
Miles	2	14,30	Pan-histerectomia	1	7,15
Ressecção anterior	1	7,15	Hepatectomia segmentar esquerda	1	7,15
Ureterostomia***	1	7,15			
Cólon	10	71,40	INOPERABILIDADE***	Nº	%
Sigmoidectomia	3	21,40			
Colectomia segmentar com colostomia	3	21,40	Reto	1	4,00
Colectomia subtotal	1	7,15	Cólon	2	5,50
Colectomia direita	1	7,15			
Colostomia***	1	7,15			
Ileostomia***	1	7,15			
Total	14	23,00	Total	3	4,90
Critérios			Nº		%
Metástase hepática difusa			7		50,00
Metástase hepática + locorreional			3		21,40
Carcinomatose + ascite			2		14,30
Carcinomatose + metástase hepática difusa			1		7,15
Carcinomatose + locorreional			1		7,15

Quanto ao tipo histológico foram todos adenocarcinomas e quanto à classificação de Dukes modificada notamos que oito pacientes estavam no estágio A (13%), 11 no estágio B (18%), 28 no estágio C (46%) e 14 no D (23%). Foram bem diferenciados em 49, sendo 10 mucossecretores, moderadamente diferenciados em nove e pouco diferenciados em três.

Em relação à quimioterapia, foi indicada esta complementação terapêutica em 28 (54,9%), sendo até três meses em cinco, até seis meses em sete, até um ano em 14 e até um ano e meio em dois.

A radioterapia foi realizada no pós-operatório dos tumores retais em oito pacientes (44,4%) daqueles 18 (mais três Dukes A), operados como cirurgia radical. Destes 21, três pertenciam ao estágio A de Dukes, nos quais não foi indicada esta complementação terapêutica.

O preparo do cólon foi pelo método clássico em 20 (32,8%), com manitol em 31 (50,8%) e sem preparo em 10. Sua avaliação transoperatória em 42 pacientes foi classificada como excelente em quatro, boa em 27 e ruim em 11. A antibióticoterapia foi terapêutica em 49, profilática em 11 e não utilizada em um (Tabela 6).

RESULTADOS

Trinta e dois pacientes (52,5%) evoluíram sem complicações no pós-operatório.

Houve 36 complicações em 29 pacientes (47,5%), predominando a infecção da ferida operatória, infecção do períneo e infecção urinária, dentre outras.

A mortalidade operatória ocorreu com seis pacientes, o que corresponde a 9,8% (Tabela 7).

Em relação ao controle, estes pacientes foram divididos em cinco grupos:

- Grupo dos pacientes sem controle, que corresponde a quatro pacientes (6,5%). Neste grupo (4/61) foram realizadas duas cirurgias radicais e duas paliativas. Foram um Dukes B, um Dukes C e dois Dukes D.

- Grupo da mortalidade operatória igual a seis pacientes, correspondendo a 9,8%. Neste grupo (6/61) foram quatro cirurgias radicais e duas cirurgias paliativas, sendo quatro Dukes C e dois Dukes D.

- Grupo sem controle atual, que corresponde a nove pacientes (9/51), que é igual a 17,6% dos casos. Estes foram acompanhados de oito meses a 4,8 anos, com média de tempo de 1,7 anos, sendo oito cirurgias radicais e uma paliativa. Neste grupo tivemos um Dukes A, três Dukes B, quatro Dukes C e um Dukes D.

- Grupo de controle atual de 16 pacientes (16/42), correspondendo a 38% dos casos. Todos se submeteram a cirurgias radicais. Pacientes com mais de cinco anos de sobrevivência são 10 (28,5%). Pacientes vivos, assintomáticos, que ainda não completaram os cinco anos de sobrevivência são quatro, correspondendo a 9,5%. Neste grupo encontram-se cinco Dukes A, cinco Dukes B e seis Dukes C.

- Grupo dos óbitos (26/42), representado por 26 pacientes (61,9%). Este grupo apresentava 13 Dukes C e nove Dukes D, totalizando 84,6% de lesões avançadas. Os quatro casos restantes eram dois Dukes A e dois Dukes B, sendo que estes pacientes tiveram sobrevivência de 9, 5,2, 4 e 2,6 anos respectivamente, com média de 5,2 anos, mais do que o dobro de tempo de sobrevivência média do grupo, que foi de 2,3 anos (Tabela 8).

Tabela 6 - Análise quanto ao tipo histológico, quimioterapia, radioterapia, preparo de cólon e antibióticos.

Tipo histológico	Nº	%	Dukes	Nº	%
Adenoc. bem diferenciado	49	80,3	A	8	13,0
Adenoc. mod. diferenciado	9	14,7	B	11	18,0
Adenoc. pouco diferenciado	3	5,0	C	28	46,0
			D	14	23,0

Quimioterapia	Nº	%	Tempo	Nº	%
5-FU	28	54,9	Até 3 meses	5	17,8
			Até 6 meses	7	25,0
			Até 1 ano	14	50,0
			Até 1,5 ano	2	7,2

Radioterapia pós-operatória 8/18 = 44,4%

Tumores do reto nas cirurgias radicais = 21 - 3 Dukes A

Preparo do cólon	Nº	%	Avaliação trans-op.	Nº	%	Antibioticoterapia	Nº	%
	61	100		42	76,4		61	100
Clássico	20	32,8	Excelente	4	7,3	Profilática	11	18,0
Manitol	31	50,8	Boa	27	49,1	Terapêutica	49	80,3
Não houve	10	16,4	Ruim	11	20,0	N/utilizado	1	1,7

Tabela 7 - Análise das complicações.

Pacientes complicados	Nº	%	Nº de complicações = 36	
	29	47,5%		
Tipos de complicações	Nº	%	MORTALIDADE OPERATÓRIA (***)	
Infecção de ferida	10	16,3		
Infecção do períneo	6	9,8		
Infecção urinária	3	4,9		
Evisceração	2	3,2		
Compressão de colostomia	2	3,2		
Obstrução intestinal	1	1,6		
Embolia pulmonar	1	1,6	Nº	%
Deiscência colorretal	1	1,6		
Necrose de colostomia	1	1,6	6	9,8
Abscesso residual	1	1,6		
Abscesso subfêrnico	1	1,6		
Fístula estercoral	1	1,6		
Broncoaspiração***	1	1,6		
Úlcera perfurada***	1	1,6		
Pancreatite aguda***	1	1,6		
HDA-Hipertensão porta***	1	1,6		
Sepse***	2	3,2		

Verificamos, ainda, que a sobrevida dos 16 pacientes submetidos à cirurgia radical foi praticamente o triplo do tempo daqueles submetidos à cirurgia paliativa (Tabela 9).

DISCUSSÃO

A análise destes 61 pacientes revela o sexo masculino predominando sobre o feminino, a faixa etária mais atingida dos 60 aos 69 anos e com maior incidência da cor branca, o que coincide com a maioria dos trabalhos (1).

Aspecto importante é a alta incidência (13,1%) de câncer em pacientes com idade abaixo dos 40 anos. Walton (2) mos-

tra uma incidência de 4,5%, Adloff (3) de 3% e Simões (4), em nosso meio, de 9,3%.

Em relação a estes pacientes como grupo, observamos que um era Dukes A, um Dukes B, quatro Dukes C e dois Dukes D, mostrando que 75% destes pacientes encontravam-se em estado avançado da doença.

Cinco pacientes (62,5%) apresentavam tumores no reto e sigmóide, pouco abaixo do verificado por Bulow (5) (73%). Todos os tumores foram ressecados, sendo que a literatura (4, 5) mostra taxa de ressecabilidade de 71 a 75%.

A mortalidade operatória ocorreu em um paciente Dukes D (12,5%). Sobrevida maior do que cinco anos ocorreu com um paciente, que é igual a 12,5%. Um paciente Dukes C acom-

Tabela 8 - Análise dos grupos de controle.

Grupos de controle	Nº	%
1 - Grupo sem controle	4/61	6,60
Cirurgias radicais	2	3,30
Cirurgias paliativas	2	3,30
2 - Grupo da mortalidade	6/61	9,80
Cirurgias radicais	4	6,55
Cirurgias paliativas	2	3,25
3 - Grupo sem controle atual	9/51	17,60
Cirurgias radicais	8	15,70
Cirurgias paliativas	1	1,90
Tempo de acompanhamento		
Até 1 ano	2	Mínimo - 8 meses
De 1-2 anos	4	
De 2-3 anos	1	Máximo - 4,8 anos
De 3-4 anos	1	
De 4-5 anos	1	Média - 1,76 anos
4 - Grupo de controle atual	16/42	38,00
Cirurgias radicais	16/42	38,00
Mais de 5 anos de sobrevida	12/42	28,50
Menos de 5 anos de sobrevida e assintomáticos	4/42	9,50
5 - Grupo de óbitos	26/42	61,90
Cirurgias radicais	17/42	40,50
Cirurgias paliativas	9/42	21,40
Sobrevida média = 2,34 anos		

Tabela 9 - Análise dos óbitos.

Óbitos nas cirurgias radicais (tardios)	Nº	%	Óbitos nas cirurgias paliativas (tardios)	Nº	%
	16/47	34,0		9/14	56,25
Carcinomatose + metástases hepáticas. tempo: 1,2a; 4,0a; 5,3a; 1,3a; 1,1a; 2,5a; 2,3a; 5,8a; 4,3a, 10m.	10	21,4	Carcinomatose + metástase hepática e pulmonar. tempo: 2,0a; 8,0a; 1,3a; 1,2a; 2,1a.	05	31,25
Metástase hepática + recidiva pélvica. tempo: 2,1a; 2,0a.	2	4,2	Recidiva pélvica. tempo: 1,1a; 2,1a.	2	12,50
Carcinoma renal. tempo: 4,0a.	1	2,1	Carcinomatose + metástase hepática. tempo: 6,0m.	1	6,25
IAM. tempo: 2,0m.	1	2,1	Carcinomatose. tempo: 2,0m.	1	6,25
CA cabeça de pâncreas. tempo: 9,0a.	1	2,1			
carcinomatose + recidiva anastomótica. tempo: 1,1a	1	2,1	Tempo de sobrevida nas cirurgias radicais = 3,12 anos Tempo de sobrevida nas cirurgias paliativas = 1,22 anos		

panhou-se até 1,1 ano, quando fugiu ao controle. Um paciente Dukes B, os três C e o Dukes D tiveram sobrevida de 1,96 anos, semelhante ao grupo dos óbitos, que foi de 2,34 anos (1:1,19).

Seis pacientes apresentaram adenocarcinoma bem diferenciado, sendo dois mucossecretores. Adenocarcinomas pouco diferenciados foram dois.

Nesta casuística, a elevada incidência de adenocarcinomas mucossecretores (25%), bem como de lesões pouco diferen-

ciadas (25%), a demora no diagnóstico maior que o restante dos casos (1:1,66), aliados à presença de tumores avançados (75% nos estágios C e D de Dukes), são os principais fatores prognósticos da sobrevida nestes pacientes, semelhantes aos relatados por Behbehani (19), que concluiu serem estes os causadores da baixa sobrevida de cinco anos de seus pacientes, que foi de 23%.

Bulow (5) refere 21% de sobrevida para os pacientes Dukes C e os bons resultados de Adloff (3) (59%) são devidos pro-

vavelmente ao baixo índice de lesões avançadas de seu material, 31% nos estágios C e D de Dukes.

A sobrevida maior que cinco anos neste grupo foi de 12,5%, que é devida aos fatores acima mencionados e à baixa casuística.

Em relação à localização dos tumores, 78,7% estavam no reto e sigmóide, igual ao verificado por Goligher (1). Topograficamente, 15 dos 25 tumores do reto encontravam-se nos terços médio e inferior, o que explica o número das cirurgias amputativas.

Embora seja relatado na literatura (6, 7) aumento da incidência dos tumores do cólon direito, este fato não ocorreu nesta casuística.

Em relação aos sinais e sintomas, destacamos o sangramento, alterações do hábito intestinal e perda de peso. O tempo decorrido entre estes e o diagnóstico foi de 7,2 meses, um pouco maior do que o encontrado por Adloff (3).

Nos chama a atenção neste material a incidência de 19,6% para aquelas lesões avançadas, caracterizadas pela presença de massa palpável, assim como 10 pacientes (16,3%) que foram operados de urgência, seja por obstrução ou perfuração.

Estes pacientes como grupo mostram-se com lesões avançadas, sendo 100% nos estágios C e D de Dukes (9-C; 1-D), superiores ao encontrado na literatura (8). A média etária foi de 61,5 anos e com igual número entre os sexos.

Oito pacientes (15,6%) tinham quadro obstrutivo, o que está dentro dos achados da literatura, que varia de 8 a 29%. Todos os tumores foram do cólon esquerdo, sendo dois tratados por colectomia com colostomia, um pelo procedimento de Hartmann e em cinco realizamos o tratamento em três tempos. Não realizamos a ressecção com a anastomose primária, tendo em vista tratarem-se de lesões do cólon esquerdo em pacientes habitualmente em mau estado geral, já debilitados pela doença avançada.

Não houve mortalidade operatória, o que não é habitual tendo em vista a variação na literatura (9, 10) de 12 a 38%. A sobrevida de cinco anos foi de 28,5% em dois pacientes (2/7). Um paciente está fora de controle. A sobrevida variou de dois meses a 5,3 anos, com média de 2,4 anos, semelhante ao relatado por Wiederkehr (8).

Dois pacientes tinham processo perfurativo (3,9%). Um foi ao óbito, após procedimento de Hartmann por sepse, em paciente com fístula colovesical. No outro também realizamos um Hartmann, que foi ao óbito com quatro anos.

Os exames que levaram à suspeita diagnóstica foram através da inspeção, toque retal e retossigmoidoscopia em 57,3%, o que mostra a importância destes três exames no diagnóstico.

Em relação aos tumores sincrônicos do cólon e reto encontrados neste material (3,3%), o mesmo corresponde ao achado por Heald (20), que, numa revisão de 4.884 pacientes operados por câncer colorretal, encontrou incidência de 3,2%.

As lesões polipóides benignas foram 22,9% e ficaram abaixo do citado por Goligher (1), onde as estatísticas variam de 27 a 60%.

A não incidência de câncer metacrônico neste material não é o habitual, pois que a literatura varia de 0,4 a 3,5%, sendo a colonoscopia o melhor exame para diagnosticar, no pré-operatório ou até no per-operatório, os tumores múltiplos colorretais, contribuindo para diminuir a incidência de cânceres metacrônicos.

Em relação ao tratamento cirúrgico global, verificamos que a taxa de ressecabilidade destas lesões corresponde a 95,1%. No inquérito nacional sobre câncer do intestino grosso (15) de 3.217 pacientes realizado em 1970, este índice foi de 79,2%. Contudo, existe grande variação nas estatísticas mundiais, oscilando de 59 a 98%.

A mortalidade operatória foi de 9,8%, sendo de 10,5% no inquérito nacional já referido. Este índice, em função de diversas variáveis, oscila entre 4,1 e 27%.

O tratamento cirúrgico radical ocorreu com 77% dos casos, semelhante ao encontrado na literatura (1), e a mortalidade neste grupo foi de 8,5% maior do que o encontrado por Goligher. Dos quatro óbitos, dois foram inerentes à cirurgia e por sepse (4,25%) e dois sem relação específica com o ato cirúrgico, sendo um por broncoaspiração e o outro por insuficiência hepática, em paciente cirrótico assintomático que apresentou ruptura de varizes de esôfago no pós-operatório imediato (4,25%).

Nas cirurgias paliativas, conforme mostrado na Tabela 9, notamos que os critérios paliativos mais freqüentes foram devidos a metástases hepáticas difusas (53,8%), sendo a sobrevida neste grupo de 1,2 anos, semelhante à registrada por Takaki (11).

A mortalidade operatória neste grupo foi de 14,2% (2/14), bem mais elevada do que na literatura, embora esta varie entre 6,4 e 24%. Nos dois óbitos, um foi por pancreatite aguda e o outro por úlcera perfurada e sepse no pós-operatório imediato.

A inoperabilidade ocorreu com 4,9% destes tumores, sendo realizada em um tumor de reto uma ureterostomia e nos dois tumores do cólon uma colostomia e uma ileostomia.

O adenocarcinoma representou 100% do tipo histológico, sendo maior que o achado habitual. Nos 61 casos observamos que 68,8% dos tumores já estavam nos estágios C e D de Dukes, revelando doença em fase avançada e mau prognóstico.

A quimioterapia foi empregada em 45,9% dos casos, com o objetivo de destruir a disseminação neoplásica que se encontra em estágio precoce, mais vulnerável, de micro-metástases.

Realizou-se a complementação radioterápica somente nos pacientes com câncer de reto nos quais a cirurgia foi classificada como radical, no pós-operatório, em altas dosagens (4.500 rads), no intuito de evitar a recidiva pélvica.

De acordo com Devasa (13), a radioterapia associada à cirurgia diminui a recidiva local dos tumores do reto, sugerindo a radioterapia pré-operatória preferível à pós-operatória. Tendo em vista ser, hoje, interdisciplinar o tratamento do câncer, adotamos atualmente a radioterapia pré-operatória somente em tumores muito volumosos, nos casos de julgamento inicial de inoperabilidade e de rotina no pós-operatório.

rio, excetuando-se aqueles Dukes A, e em pacientes nos quais a cirurgia é considerada paliativa por metástases à distância, semelhante ao preconizado por Cruz (14).

O mesmo autor (14) revela complicações pós-operatórias da ordem de 38%, sendo, nesta casuística, de 47,3%.

Excluindo-se os quatro pacientes cujo controle foi até quatro meses, os nove do grupo sem controle atual, temos 48 pacientes efetivamente controlados, seja até o óbito imediato, tardio ou até o momento atual, o que corresponde a 78,6% dos casos (48/61).

No grupo dos óbitos, verificamos o dobro de tempo de sobrevida para os pacientes nos estágios A e B de Dukes, 5,2 anos contra 2,34 anos para aqueles dos estágios C e D. Note-se também que os submetidos à cirurgia radical têm sobrevida três vezes maior do que os da cirurgia paliativa (3,12/1,22 anos).

Em relação ao grupo controle com sobrevida maior do que cinco anos, temos 12 pacientes (28,5%), sendo cinco Dukes A, três Dukes B e quatro Dukes C, correspondendo a 66,6% nos estágios A e B de Dukes. Os assintomáticos que não completaram cinco anos de sobrevida são quatro (9,5%), sendo dois Dukes B e dois Dukes C.

Relacionando-se a sobrevida maior que cinco anos existente com o estadiamento de Dukes, nota-se que aquela é de 62,5% para os do grupo A de Dukes, 27,2% para os estágios B e 14,2% para aqueles do grupo C de Dukes.

A taxa projetada máxima de sobrevida nestes 42 pacientes é de 38% e a mínima de 30,9%, que está dentro dos limites da literatura, que varia de 30 a 45%.

A recidiva nas cirurgias radicais que foram ao óbito ocorreram por metástases hepáticas associadas à carcinomatose em 11, metástases hepáticas com recidiva pélvica em dois, carcinoma renal em um, carcinoma de cabeça de pâncreas em um e metástases hepáticas, carcinomatose e recidiva anastomótica em outro.

É descrito que a sobrevida é maior naquelas lesões do cólon direito. Neste grupo de óbitos, um tumor foi do ângulo hepático, o qual teve sobrevida de nove anos, sendo a recidiva por tumor de cabeça de pâncreas.

CONCLUSÃO

O mau prognóstico dos pacientes com câncer colorretal está em função do diagnóstico tardio, sendo de 7,2 meses nesta casuística; elevada proporção de tumores nos estágios C e D de Dukes, que foi igual a 68,8% dos casos, presença de massa palpável e processos obstrutivos ou perfurativos que representam tumores avançados, em 35,9%, e alta incidência em pacientes jovens (13,1%).

Assim, pela análise de sobrevida, concluímos que o estágio destes tumores, segundo a classificação de Dukes, é o mais importante fator prognóstico na evolução destes pacientes.

MENDES MBP, COSTA LDB & TAMURA S - Carcinoma of the colon and rectum: experience of 16 years.

SUMMARY: Between 1975-1990, 61 patients had operation for colorectal cancer in our institution (H.F.A.). The Authors try to make a retrospective analysis describing the Dukes' classification, surgical indication, complications, mortality and follow years up. Thus, on survival analysis aspect, we conclude that the stage of these tumors, according to the Dukes classification, is the most important prognostic factor in the evolution of these patients.

KEY WORDS: tumors; cancer; colon; rectum

REFERÊNCIAS

1. Goligher JC. Sugery of the Anus, Rectum and Colon. 4ª ed. London, Bailliere Tinal 1980.
2. Walton WW Jr., Hagihara PF, Griffen WO Jr. Colorectal adenocarcinoma in patients less than 40 years old. Dis Colon Rectum 1976; 19: 529-534.
3. Adloff M, Arnaud JP, Schloegel M, Thibaud D, Bergamaschi R. Colorectal cancer in patients under 40 years of age. Dis Colon Rectum 1986; 29: 322-35.
4. Simões DL, Ramos JR, Pinheiro RR, Baptista AS. Câncer colorretal em pacientes jovens. Rev bras Colo-Proct 1987; 7 (4): 139-141.
5. Bulow S. Colorectal cancer in patients less than 40 years of age in Denmark, 1943-1967. Dis Colon Rectum 1980; 23: 327-336.
6. Abrams JS, Reines HD. Increasing incidence of right-side lesions in colorectal cancer. Am J Surg 1977; 133-289.
7. Axtel LM, Chiaze L Jr. Changing relative frequency of cancers of the colon and rectum in the United States. Cancer 1966; 19: 750-754.
8. Wiederkehr JC, Brenner S, Campos AC, Souza FJ. Tratamento cirúrgico da oclusão intestinal por câncer do cólon e reto. Rev bras Colo-Proct 1987; 7(4): 135-138.
9. Dutton HA, Hreno A, Hampson LG. Mortality and prognosis of obstructive carcinoma of the large bowel. Am J Surg 1976; 131: 36-41.
10. Irwin TT, Greany MG. The treatment of colonic cancer presenting with intestinal obstruction. Br J Surg 1977; 64: 771-774.
11. Takaki HS, Ujiki GT, Shields TS. Palliative resections in the treatment of primary colorectal cancer. Am J Surg 1977; 133: 548-550.
12. Bacon HE, Martin PV. Rationale of palliative resection for primary cancer of the colon and rectum complicated by liver and lung metastases. Dis Colon Rectum 1964; 7: 211.
13. Devasa JM, Morales V, Enriquez JM et al. Colorectal cancer the basis for a comprehensive follow-up. Dis Colon Rectum 1988; 31(8): 636-652.
14. Cruz JV, Hilgrt HC, Sudbrack C, Wilson TS, Schilman FPG, Schuntz IF. Tumores do reto e ânus: experiência de cinco anos. Rev bras Colo-Proct 1989; 9(4): 143-145.
15. Comissão de inquérito sobre câncer do intestino grosso. Rev Soc Bras Colo-Proct 1970; 3: 7-30.
16. Lea JW, IV, Covigton K, McSwain B et al. Surgical experience with carcinoma of the colon and rectum. Ann Surg 1982; 195: 600-607.
17. Gama AH, Alves PRA, Rodrigues JJC. Tumores malignos. In: Dani R, Gastroenterologia Clínica (1ª ed). Rio de Janeiro: Editora Koogan 1981: 602-616.
18. Kaibara N, Kojima S, Jinnai D. Synchronous and metachronous malignancies of the colon and rectum in Japan with special reference to a coexisting early cancers. Cancer 1984; 54: 1870-1874.
19. Behbehani A, Sakwa M, Ehrlichman R, Maguire P, Friedman S, Steele Jr. GD, Wilson RE. Colorectal carcinoma in patients under age 40. Ann Surg 1985; 610-614.
20. Heald RJ, Bussey MJ. Clinical experiences at St Marks Hospital with multiple synchronous cancers of the colon and rectum. Dis Colon Rectum 1975; 18: 6-10.

Endereço para correspondência:

Murilo Boavista Pessoa Mendes
SQN 313 bloco "F" aptº 603
70382 - Brasília - DF