

ABRIL/JUNHO 1993

ARTIGOS ORIGINAIS

RESSECÇÃO ALARGADA PARA O CÂNCER DO CÓLON

JOSÉ HYPPOLITO DA SILVA, TSBCP
MARCO AURÉLIO DAINESI, FSBCP
DALTON PARANAGUÁ, FSBCP
GALDINO J. S. FORMIGA, TSBCP

SILVA JH, DAINESI MA, PARANAGUÁ D & FORMIGA GJS - Ressecção alargada para o câncer do cólon. *Rev bras Colo-Proct*, 1993; 13(2): 35-37

RESUMO: Cento e três pacientes portadores de neoplasia do cólon foram operados com intenção curativa no Hospital Heliópolis - SUS - São Paulo, no período de 1985 a 1989. Foram excluídas as reoperações, as poliposes e as operações paliativas. Dezoito tinham os tumores aderidos a vísceras vizinhas, fato que obrigou à realização de ressecção alargada. O exame histológico dos espécimes revelou comprometimento dos órgãos aderidos em 66%. A mortalidade operatória foi de 22%. A sobrevida geral foi de 33% e, se excluirmos os óbitos pós-operatórios, de 46%. A despeito da morbidade e mortalidade, achamos justificável a sua indicação, em virtude dos resultados satisfatórios obtidos.

UNITERMOS: ressecção alargada; câncer do cólon

A ressecção multivisceral constitui preceito oncológico fundamental, quando se visa a possibilidade de cura dos tumores do intestino grosso. O fato do cólon relacionar-se anatomicamente a todas as vísceras abdominais, e também à parede, faz com que, em complementação à ressecção formal do segmento portador da lesão e dos tecidos correspondentes às áreas de drenagem linfática, seja necessária a excisão de parte ou de toda a víscera ou parede a ele aderida (4, 7).

O conceito de ressecção alargada exclui o tratamento cirúrgico de órgãos à distância não diretamente acometidos pelo tumor principal.

Por considerar o assunto bastante relevante e para ter conhecimento dos resultados desse tipo de tratamento em nos-

so meio, fizemos um estudo retrospectivo dos casos operados no Hospital Heliópolis - SUS - São Paulo, no período de 1985 a 1989.

CASUÍSTICA

Consta de 103 pacientes portadores de neoplasia de cólon, nos quais foram realizadas ressecções com intenção curativa. Nesta série foram excluídas as reoperações, as poliposes e as cirurgias paliativas. Em 18 (17,5%) as ressecções foram consideradas alargadas, visto que, além do segmento portador da lesão e suas áreas de drenagem linfática, foram também ressecadas outras vísceras ou parte delas, em virtude de aparente comprometimento representado por aderência firme ou envolvimento do órgão por massa tumoral. Onze eram do sexo masculino e sete do sexo feminino. A idade variou de 33 a 79 anos, com média de 60,5. Todos os espécimes foram submetidos a exame anatomopatológico. À exceção de quatro, falecidos no pós-operatório imediato e um aos 30 dias, todos foram seguidos por três ou mais anos (Quadro 1).

RESULTADOS

Os exames histológicos revelaram que em 11 pacientes (66%) a víscera aderida e ressecada estava comprometida pela neoplasia. Em sete o exame revelou ausência de tumor no espécime aderido. Dos 11 com comprometimento, oito eram B2 da classificação de Astler-Coller e três, C2. Dos sete livres, um era B1, quatro B2 e dois C2.

Dos 11, três pacientes faleceram no pós-operatório imediato, sendo dois devido a deiscência da anastomose e sepse e um a insuficiência respiratória. Três não retornaram para o controle médico. Três faleceram em menos de dois anos por recidiva da doença e dois sobreviveram no período estudado.

Quadro 1

Nº	Iniciais	Registro	Idade	Sexo	Ano	Op. realizada	Anátomo. patol. peça visc.	Seguimento
1	MGO	79256	61	M	85	Retossigmoidect. Ress. ureter	B2 compromet.	óbito < 2a
2	DP	80039	58	M	85	Hemicolect. esq. Ress. delgado	B2 livre	não comp.
3	GF	80627	53	F	85	Retossigmoidect. Ress. ureter	B2 compromet.	óbito < 2a
4	MC	82389	62	M	85	Anexectomia Hemicolect. dir. Sigmoidect.	B2 compromet.	óbito po
5	CF	87012	33	M	86	Hemicolect. dir. Colecistec. Duodenorráfia Gastrostomia Jejunostomia	C1 livre	óbito po
6	MAC	87042	62	F	86	Hemicolect. dir. Ress. fígado	B2 compromet.	óbito po
7	GNS	88138	43	M	86	Retossigmoidect. Ress. ureter Bexiga	C2 compromet.	não comp.
8	HSB	93701	70	M	87	Hemicolect. dir. Ress. duodeno	C2 compromet.	não comp.
9	AF	95730	65	M	87	Retossigmoidect. Ress. delgado	B2 livre	sobreviv.
10	ES	96357	61	M	87	Retossigmoidect. Ress. delgado	C2 compromet.	óbito < 2a
11	OSR	96456	79	F	88	Sigmoidect. Ress. delgado	B2 livre	óbito 1 m
12	AN	96849	69	F	88	Cistect. parc. Retossigmoidect. Ress. delgado	C2 livre	sobreviv.
13	FS	97615	71	M	88	Colect. total Gastrect. parc. Pancreatec. parc.	B2 livre	sobreviv.
14	AC	101313	67	F	88	Transversect. Gastrect. parc. Ress. delgado	B2 compromet.	óbito po
15	JP	105185	55	M	89	Hemicolect. dir. Gastrect. parc	B2 compromet.	sobreviv.
16	CM	105685	45	F	89	Hemicolect. esq. Anexectomia	B2 livre	sobreviv.
17	LJS	106447	65	M	89	Hemicolect. dir. Ress. delgado	C2 compromet.	não comp.
18	CVP	106717	73	F	89	Colect. total Anexectomia	B2 compromet.	sobreviv.

Dos sete, um faleceu no pós-operatório imediato devido a deiscência da anastomose, sepse e embolia pulmonar, um outro retornou após um mês com obstrução intestinal por brida e não resistiu ao tratamento cirúrgico, um não compareceu ao seguimento e quatro estavam vivos.

DISCUSSÃO

A ressecção colônica alargada interessa a todos os órgãos da cavidade abdominal e à parede. Na maioria dos casos, o acometimento é por contigüidade, sendo que a disseminação por via linfática ou hematogênica produz, em geral, lesões mais distantes (4).

Nas lesões neoplásicas do cólon, as ressecções alargadas são feitas pelo colo-proctologista e, para tanto, o conheci-

to anatômico regional é de suma importância. Nas ressecções retais ampliadas é aconselhável contar com o concurso de um urologista, ginecologista e, às vezes, do ortopedista (5).

Os tumores localizados no cólon direito podem acometer a parede abdominal ântero-lateral, anexos, útero, vasos gonadais, ureter, rim, fígado e duodeno. A neoplasia do transverso pode interessar a parede abdominal, estômago, fígado, pâncreas e alças delgadas. Já o câncer do cólon esquerdo pode invadir a parede, rim, corpo e cauda do pâncreas, baço, estômago, vasos gonadais, anexos e útero.

Muitas vezes as aderências são inflamatórias e não devidas à infiltração maligna (1, 2), de tal maneira, que o prognóstico, após a ressecção, é muito melhor do que o esperado (3). Todavia, só o exame histológico dos órgãos vizinhos pode ou não confirmar a invasão e, por esse motivo, é aconselhá-

vel a excisão em bloco do tumor e dos órgãos ao redor (3). A biópsia intra-operatória, embora recomendada, nem sempre é conclusiva (1). Soma-se a esse fato a possibilidade de perfuração da víscera e conseqüente contaminação, aumentando a morbidade da operação.

A incidência de carcinomas localmente avançados varia na literatura de 5% (6) a 28% (3). A porcentagem de órgãos acometidos é de cerca de 33% (6), 44% (1) e 55% (2). No nosso estudo, a doença localmente avançada foi observada em 17,5% dos casos e a porcentagem de comprometimento de outros órgãos foi de 66%.

Embora o número de casos seja pequeno, o estudo permitiu uma análise criteriosa do assunto.

A mortalidade operatória é maior do que nas operações convencionais. Nos trabalhos consultados foi de 8,2% (1), 12% (2), 13,6% (6), 19% (9) e, na nossa casuística, ocorreu em 22%. Dos quatro que faleceram, três foram devido a deiscência de anastomose e sepse e outro a insuficiência respiratória. Em dois deles, o porte da cirurgia pode ser considerado grande, mas o precário estado de saúde e a desnutrição crônica certamente contribuíram para o agravamento da situação. Uma paciente faleceu um mês após, em decorrência de nova operação para a lise de bridas.

Os três óbitos que ocorreram em menos de dois anos foram relacionados à própria doença, não só devido à recidiva local mas também à metástase hepática. É provável que essas lesões, não diagnosticadas pelos métodos disponíveis na ocasião do primeiro tratamento, já existissem.

A sobrevida em cinco anos não difere significativamente para tumores do mesmo estágio (6), embora outros autores (2) considerem ser maior para os pacientes que tiveram sua lesão ressecada em monobloco (49% x 17%). Variou de 32% (1) e 44% (2) a 46% (6). Entre nós, Gentil e cols. (3) estudaram 90 pacientes que tiveram suas lesões ressecadas em monobloco e verificaram sobrevida em 28,3% contra 42,1% para os que tinham apenas aderências inflamatórias. Na nossa série, a sobrevida foi de 33,5%, sendo 18% para os casos comprometidos e 57% para os livres. Se excluirmos os óbitos pós-operatórios, os números são, respectivamente, 46%, 25% e 80%.

No presente trabalho não foi estudada a alternativa paliativa para casos semelhantes. É consenso, todavia, que a ressecção alargada deva ser exercida, uma vez que somente o exame do espécime poderá dirimir a dúvida do comprometimento ou não da víscera aderida. Nos casos com lesões à distância, a nossa experiência em tumores do reto, ressecados com intenção paliativa, mostrou sobrevida média de 7,7 meses (8). Isso mostra que em lesões localmente avançadas associadas a metástases a conduta mais racional é a operação paliativa, pela baixa expectativa de sobrevida.

Não obstante à morbidade e mortalidade da cirurgia proposta, associada a um pós-operatório longo e dispendioso, achamos justificada a sua indicação, em virtude dos resultados satisfatórios obtidos.

SILVA JH, DAINESIMA, PARANAGUÁ D & FORMIGA GJS - Extended resection for the colon carcinoma.

SUMMARY: One hundred and three patients with cancer of the colon were treated surgically at Hospital Heliópolis - SUS - São Paulo in the years 1985-1989. Eighteen had tumours firmly adherent to neighbourings organs and were treated by en bloc excisions. Histological examination of the neighbouring organs confirmed direct spread in 66%. The operative mortality was 22%. The survival rate was 33% and after exclusion of operative deaths was 46%. In spite of morbidity and mortality, we recommend aggressive and complete excision, in order to get good results.

KEY WORDS: extended resection; colon carcinoma

REFERÊNCIAS

1. Bonfanti G, Bozzetti F, Doci R, Baticci F, Marolda R, Bignami P, Gennari L. Results of extended surgery for cancer of the rectum and sigmoid. *Br J Surg* 1982; 69: 305-307.
2. Gall FP, Tonak J, Altendorf A, Kuruz U. Operationstaktik und Ergebnisse bei erweiterten operationem colorectaler carcinome. *Langenbecks Arch Chir* 1985; 366: 445-450.
3. Gentil FC, Lopes A, Sá AOS, Cavalcanti SF, Garcia SZ, Lima EWL, Rossi BM, Dias MBC. Ressecção ampliada no tratamento do câncer avançado do cólon. *Rev bras Colo-Proct* 1989; 9: 93-101.
4. Merrill JG, Dockerty MB, Waugh JM. Carcinoma of the colon perforating onto the anterior abdominal wall. *Surgery* 1950; 28: 662-671.
5. Orkim BA, Dozois PR, Beart Jr RW, Patterson DE, Gunderson LL, Ilstrup DM. Extended resection for locally advanced primary adenocarcinoma of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 286-292.
6. Pittam MR, Thornton H, Ellis H. Survival after extended resection for locally advanced carcinomas of the colon and rectum. *Ann R Col Surg Engl* 1984; 66: 80-83.
7. Silva JH. Ressecção alargada para o câncer do cólon. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 1990; 5(Supl. 1): 75.
8. Silva JH. Câncer do reto. Tratamento paliativo. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 1991; 6(Supl. 1): 47-48.
9. Sugarbaker ED. Coincident removal of additional structures in resections for carcinoma of the colon and rectum. *Ann Surg* 1946; 123: 1036-1046.

Endereço para correspondência:

José Hyppolito da Silva
Rua Frei Caneca, 1212/91
01307-002 - São Paulo - SP