

CAUSAS DE ÓBITO HOSPITALAR EM COLOPROCTOLOGIA

GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA - TSBCP
MARIA LUIZA MONTEIRO NEGRÃO
JOSÉ HYPPÓLITO DA SILVA - TSBCP

FORMIGA GJS, NEGRÃO MLM & SILVA JH - Causas de óbito hospitalar em Coloproctologia. *Rev bras Coloproct*, 1998; 18(2): 90-93

RESUMO: Foram avaliados todos os casos de óbito hospitalar ocorridos em um serviço especializado em Coloproctologia, durante um período de cinco anos. Os doentes eram portadores de doenças benignas e malignas. A doença primária, as doenças associadas, juntamente com suas complicações, e os procedimentos realizados foram revistos. Houve maior incidência de óbitos decorrentes da própria doença (51,9%) e de complicações clínicas (26,9%), enquanto que os óbitos por complicações cirúrgicas corresponderam a 21,2% do total de causas de morte.

UNITERMOS: morbidade; mortalidade

A morbidade e a mortalidade são situações que se encontram intrinsecamente ligadas ao exercício da Medicina. Existem complicações em que as causas de óbito estão diretamente relacionadas com a doença determinante, e outras, com o tratamento realizado. O estudo detalhado da doença primária, das doenças associadas, juntamente com suas complicações, e a realização de exames complementares bem direcionados, podem, na maioria das vezes, trazer o sucesso ao procedimento instituído e reduzir o número de óbitos.

Este trabalho foi feito com o objetivo de determinar as principais causas de óbito hospitalar e avaliar os procedimentos adotados nos doentes que faleceram em um Serviço de Colo-Proctologia de grande porte.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado levantamento retrospectivo em 52 prontuários de todos os doentes hospitalizados, com afecções benignas e malignas, que evoluíram para óbito, no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital Heliópolis, São Paulo - SP, durante o período de 1993 a 1997, de acordo com distribuição anual, conforme a Tabela 1.

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - São Paulo - SP.

O estudo consistiu da análise das causas de óbito, enfatizando os aspectos: sexo, idade, diagnóstico, tratamento e complicações.

Tabela 1 - Mortalidade em cinco anos.

Ano	N ^o	%
1993	8	15,4
1994	10	19,2
1995	11	21,1
1996	10	19,2
1997	13	25,0
Total	52	100,0

RESULTADOS

Observou-se predominância do sexo masculino (61,5%) em relação ao feminino (Tabela 2) e incidência maior de óbitos nas faixas etárias compreendidas entre 61 e 80 anos (65,4%) (Tabela 3).

Tabela 2 - Óbitos por sexo.

Sexo	N ^o	%
Masculino	32	61,5
Feminino	20	38,5
Total	52	100,0

Tabela 3 - Óbitos por idade.

Faixa etária	N ^o	%
31 - 40	3	5,7
41 - 50	7	13,5
51 - 60	5	9,6
61 - 70	15	28,8
71 - 80	19	36,6
81 - 90	3	5,7
Total	52	100,0

O câncer colorretal foi o diagnóstico de doença primária mais freqüente, entre as afecções benignas e malignas, ocorrendo 36 vezes (69,2%). Recidiva tumoral, acompanhada de suas complicações, ocorreu em sete (13,5%) doentes. Outros diagnósticos foram megacolo adquirido, abdome agudo obstrutivo, diverticulite, adenoma viloso e retite actínica (Tabela 4).

O tratamento rádio-quimioterápico pré-operatório foi realizado em 10 (27,8%) do total de 36 doentes, que apresentavam câncer proctológico (Tabela 5). Não houve constatação de relação direta com a causa de óbito.

Dos 36 doentes com tumor colorretal primário, 20 (55,5%) eram portadores de metástases (Tabela 6). A invasão locorregional, residual ou recidivada, foi a principal situação determinante para o óbito. As metástases hepáticas e a manifestação carcinomatosa foram também fatores importantes como causa de óbito.

O tratamento cirúrgico foi realizado em 35 (67,3%) do total de 52 doentes. Em 10 doentes, foi feita apenas derivação intestinal, e, em quatro, somente laparotomia exploradora sem qualquer outro procedimento, conseqüente ao estado avançado da doença. Portanto, apenas 21 (60,0%) doentes foram submetidos a tratamento cirúrgico radical (Tabela 7).

Do total de 11 (21,2%) óbitos por *complicações cirúrgicas*, em cinco anos, três foram consideradas de maior importância. Dois óbitos foram relacionados com deiscência de anastomose manual, sendo uma colorretal e a outra coloanal. Apesar de providências imediatas, com realização de laparotomia exploradora e operação de Hartmann, em ambos os doentes, tal conduta não impediu a evolução para choque séptico e óbito. O outro caso ocorreu em conseqüência de lesão venosa pré-sacral, durante uma amputação abdominoperineal do reto. Houve sangramento pélvico profuso e hipotensão prolongada, sendo necessário tamponamento vigoroso e transfusão de 15 unidades de sangue total, indo o doente a óbito no pós-operatório imediato, por coagulação intravascular disseminada.

Uma outra causa de óbito não esteve relacionada diretamente com o procedimento operatório inicial. Ocorreu trombose mesentérica, envolvendo segmento ileal distal, durante o pós-operatório de retossigmoidectomia anterior, para câncer de reto superior. O doente foi submetido a laparotomia exploradora, ressecção intestinal, fístula mucosa colônica e ileostomia terminal, porém culminou com óbito.

As *complicações clínicas* causadoras de óbito, num total de 14 (26,9%) em cinco anos, foram decorrentes principalmente do procedimento operatório, mas também da doença primária ou de doenças associadas (Tabela 9). Foi predominante o óbito em doentes que evoluíram com choque séptico, insuficiência respiratória aguda e insuficiência renal aguda, apesar de tratamento realizado em Unidade de Terapia Intensiva.

Dois doentes foram a óbito, durante a indução anestésica, com quadro de encefalopatia anóxica, por apresentar falência prolongada e irreversível de bomba cardíaca. Em pré-operatório, um doente, com megacolo adquirido e cirrose hepática, faleceu, por hemorragia digestiva fulminante; outro, com tumor colorretal, morreu por sepse, conseqüente a pneumonia.

Tabela 4 - Doença primária.

Afecção	Nº	%
Câncer colorretal	36	69,2
Recidiva tumoral	7	13,5
Megacolo adquirido	3	5,7
Abdome agudo obstrutivo	2	3,9
Diverticulite	2	3,9
Adenoma viloso	1	1,9
Retite actínica	1	1,9
Total	52	100

Tabela 5 - Rádio-quimioterapia pré-operatória.

Local	Nº	%
Reto inferior	8	80,0
Reto médio	1	10,0
Carcinoma espinocelular	1	10,0
Total	10	100,0

Tabela 6 - Metástases.

Tipo	Nº	%
Locorregional	9	45,0
Carcinomatose	5	25,0
Hepática	4	20,0
Pulmonar	1	5,0
Cerebral	1	5,0
Total	20	100,0

Tabela 7- Procedimento cirúrgico.

Tipo	Nº	%
Colostomia derivativa	8	22,8
Laparotomia exploradora	4	11,4
Amputação de reto	4	11,4
Retossigmoidectomia anterior	4	11,4
Operação de Hartmann	3	8,6
Colectomia total	2	5,7
RSA + anastomose coloanal	2	5,7
Ileostomia derivativa	2	5,7
Colectomia direita	2	5,7
Abaixamento coloanal	1	2,9
Colectomia esquerda	1	2,9
Reconstrução trânsito intestinal	1	2,9
Sigmoidect.+ fístula mucosa	1	2,9
Total	35	100,0

Tabela 8 - Óbitos por complicações cirúrgicas.

Tipo	Nº	%
Deiscência de anastomose	4	36,3
Necrose de colo abaixado	2	18,2
Necrose de íleo	1	9,1
Fístula duodenal	1	9,1
Lesão venosa pré-sacral	1	9,1
Trombose mesentérica	1	9,1
Evisceração	1	9,1
Total	11	100,0

Tabela 9 - Óbitos por complicações clínicas.

Tipo	Nº	%
Septicemia	7	50,0
Insuf. renal aguda + Insuf. resp. aguda	2	14,3
Choque cardiogênico + encef. anóxica	2	14,3
Broncopneumonia	1	7,1
Hemorragia digestiva + cirrose hepática	1	7,1
Insuficiência hepática descompensada	1	7,1
Total	14	100,0

O total de 27 (51,9%) óbitos por *complicações da doença* de base, em cinco anos, foram predominantemente por caquexia neoplásica e infecção, que evoluíram para sepse e falência de múltiplos órgãos (Tabela 10).

Tabela 10 - Óbitos por complicações da doença.

Tipo	Nº	%
Falência de múltiplos órgãos + Sepse	13	48,1
Caquexia neoplásica	8	29,6
Insuf. resp. + metástase pulmonar	2	7,4
Insuf. resp. + broncopneumonia	1	3,7
Insuf. renal aguda + dist. hidroeletrólítico	1	3,7
Hipert. craniana por metástase cerebral	1	3,7
Obstrução intestinal	1	3,7
Total	27	100,0

As causas de óbito foram finalmente agrupadas em três tipos: *clínicas*, *cirúrgicas* e *decorrentes da evolução da doença*. Houve uma menor incidência de óbitos relacionados com complicações cirúrgicas (Tabela 11).

Tabela 11 - Causas gerais de óbito.

Tipo	Nº	%
Complicações da doença	27	51,9
Complicações clínicas	14	26,9
Complicações cirúrgicas	11	21,2
Total	52	100,0

DISCUSSÃO

O conhecimento do doente em sua totalidade, a doença que determinou a sua internação e as afecções associadas constituem requisitos obrigatórios para a obtenção de bons resultados. Propedêutica clínica eficiente e realização de exames complementares bem indicados ajudam no raciocínio diagnóstico e terapêutico. A avaliação pré-anestésica correta faz com que os riscos sejam diminuídos, principalmente nos doentes idosos e nas operações demoradas. Todos esses cuidados têm como objetivo final a redução da mortalidade nos doentes cirúrgicos, tanto no per como no pós-operatório.

Os avanços em cirurgia, durante as últimas décadas, reduziram os índices de mortalidade em doentes idosos a partir de 65 anos, em mais de 50%, porém este grupo continua a contribuir com até 70% de todos os óbitos. É de conhecimento científico que a frequência de complicações na população geriátrica permanece mais alta do que em indivíduos jovens, apesar de recursos sofisticados utilizados. Nossa casuística demonstra uma correlação com a literatura, visto que a maior incidência de óbitos (65,4%) ocorreu nas faixas etárias entre 61 e 80 anos.

Nesta série, obteve-se um percentual elevado de mortalidade em doentes com diagnóstico de câncer colorretal primário ou recidivado, fato plenamente aceitável, devido a reinternações por complicações ou em virtude da evolução natural da doença⁽⁴⁾. Aldridge e col. relatam mortalidade operatória hospitalar em torno de 18%, para os doentes operados de câncer colorretal⁽²⁾. Rosaen e col. referem índices de 1,4 a 7,3% de mortalidade cirúrgica, com permanência hospitalar de até 30 dias, para câncer colorretal, em diversas instituições norte-americanas⁽¹³⁾.

Situações especiais de urgência, como os quadro obstrutivos, são observadas em doentes com câncer colorretal primário ou recidivado^(3,10). Este fato ocorreu em dois doentes, admitidos em fase avançada, que evoluíram com abdome agudo obstrutivo, sendo operados tardiamente, com comprometimento múltiplo de órgãos e sistemas. Estudos comprovam que a obstrução intestinal agrava a sobrevida, estando de acordo com o observado em nossos doentes^(1, 2, 5, 6, 16). Recentes levantamentos demonstram uma incidência de até dois terços de obstrução intestinal, durante todo o período de seguimento do câncer colorretal⁽¹⁶⁾. Bin e col. e Accetta e col. citam mortalidade em torno de 23%, nos casos de obstrução intestinal, por câncer colorretal ou por recidiva^(1,5).

Fazia parte do protocolo do serviço, realizar tratamento adjuvante pré-operatório, em doentes portadores de câncer de reto médio e inferior^(7,9,11,13). Os resultados iniciais, do ponto de vista subjetivo, foram além da expectativa, fazendo com que os doentes abandonassem a etapa cirúrgica do tratamento. Com a evolução da doença residual ou sua recidiva, esses doentes retornaram em estágio avançado, e, praticamente, fora de qualquer possibilidade terapêutica. Desse modo, optou-se por mudança do protocolo de tratamento para câncer retal extraperitoneal, fazendo-se rádio-quimioterapia, quando indicada, somente no pós-operatório⁽¹⁵⁾. Não há qualquer evidência de aumento de mortalidade associada com o tratamento rádio-quimioterápico, de acordo com informações da literatura^(14,15), o que foi confirmado nesta série.

Deiscência de anastomose é uma complicação preocupante, durante a evolução pós-operatória, em razão da possibilidade de peritonite fecal, sepse e morte. Esta situação clínica determina um aumento de morbidade e mortalidade⁽⁸⁾. Em nossa série de óbitos, durante o período de cinco anos, ocorreram quatro casos de deiscência de anastomose, sendo duas anastomoses manuais e duas mecânicas. Apesar de reintervenções cirúrgicas precoces, os doentes evoluíram para óbito.

Neste estudo ocorreu maior incidência de óbito por complicações clínicas (26,9%), notadamente relacionadas com sepse de origem pulmonar, fato também citado por outros autores⁽²⁾. Vários fatores contribuíram para esta situação, como idade avançada, anestesia geral prolongada e doenças respi-

ratórias preexistentes. É importante ressaltar a avaliação pré-operatória completa, inclusive pulmonar, do ponto de vista clínico, laboratorial e com exames por imagem, a que foram submetidos esses doentes.

A evolução natural da doença primária e as doenças associadas, juntamente com suas complicações, provocaram o óbito hospitalar em 51,9% dos doentes. Convém salientar que, além dos doentes com recidiva tumoral, todos os outros foram a óbito por caquexia neoplásica e infecção, após reinternação em estado avançado da doença. A hospitalização desses doentes, em serviço especializado eminentemente cirúrgico, foi em caráter assistencial e humanitário, pois eram doentes terminais e sem perspectiva de tratamento efetivo.

Os óbitos por complicações cirúrgicas (21,2%) ocorreram, principalmente, durante as duas primeiras semanas do pós-operatório. A principal causa foi deiscência de anastomose, que aconteceu em quatro situações, contudo, sua ocorrência foi inferior aos óbitos por complicações clínicas ou decorrentes da doença.

CONCLUSÕES

1. As causas de óbito, conseqüentes à própria *doença* ou afecções associadas, foram as mais freqüentes e manifestaram-se com quadro infeccioso e caquexia neoplásica, acarretando a morte dos doentes.

2. As causas de óbito, por complicações *clínicas*, ocorreram em doentes de idade elevada, principalmente no pós-operatório.

3. As causas de óbito, por complicações *cirúrgicas*, foram reduzidas e sem possibilidades de prevenção, em virtude da indicação formal do tratamento cirúrgico, notadamente nos casos de câncer colorretal.

FORMIGA GJS, NEGRÃO MLM & SILVA JH - Hospital deaths causes in coloproctology

SUMMARY: All hospital deaths were studied during a five-years period in the patients with benign and malignant diseases of a specialized clinic in Coloproctology. The principal disease, the associated diseases together with its complications and the procedures were reviewed. There was an increase in the rates of deaths due to the own disease (51.9%) and clinics complications (26.9%), while the deaths by surgical complications corresponded to 21.2% of the total death cases.

KEY WORDS: morbidity; mortality

REFERÊNCIAS

1. Accetta I, Accetta P, Moraes LFA, Sodré HL, Maia F, Palombo A. Obstrução intestinal por câncer do cólon e do reto. Rev bras Colo-Proct 1989; 9(2): 64-6.
2. Aldridge MC, Phillips RKS, Hittinger R, Fry JS, Fielding LP. Influence of tumour site on presentation, management and subsequent outcome in large bowel cancer. Br J Surg 1986; 73: 663-70.
3. Baigrie RJ, Berry AR. Tratamiento del cáncer rectal avanzado. Br J Surg 1994; 81: 343-52.
4. Barillari P, Ramacciato G, Manetti G, Bovino A, Sammartino P, Stipa V. Surveillance of colorrectal cancer: effectiveness of early detection of intraluminal recurrences on prognosis and survival of patients treated for cure. Dis Colon Rectum 1996; 38: 388-93.
5. 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): 129-32.
6. Brenner AS, Moraes RS, Souza FJ, Brenner S. Oclusão intestinal em doentes operados por carcinoma colorretal. Rev bras Colo-Proct 1992; 12(4): 129-31.
7. Dubés S, Heyen F, Jenicek M. Adjuvant chemotherapy in colorectal carcinoma: results of a meta-analysis. Dis Colon Rectum 1997; 40: 35-41.
8. Golub R, Golub RW, Cantu Jr. R, Stein HD. A multivariate analysis of factors contributing to leakage of intestinal anastomoses. J Am Coll Surg 1997; 184: 364-72.
9. Holm T, Cedermark B, Rutqvist LE. Recidiva local del adenocarcinoma rectal tras la cirugía "curativa" con y sin radioterapia preoperatoria. Br J Surg 1994; 81: 452-5.
10. Liu SKM, Church JM, Lavery IC, Fazio VW. Operation in patients with incurable colon cancer - is it worthwhile? Dis Colon Rectum 1997; 40: 11-4.
11. MRC Working Party - Pre-operative X-ray therapy in rectal cancer. Br J Surg 1984; 71: 21-5.
12. Obrand DI, Gordon PH. Incidence and patterns of recurrence following curative resection for colorectal carcinoma. Dis Colon Rectum 1997; 40: 15-24.
13. Rosen L, Stasik Jr. JJ, Reed III JF, Olenwine JA, Aronoff JS, Sherman D. Variations in colon and rectal surgical mortality. Dis Colon Rectum 1996; 39: 129-35.
14. Santos Jr. JCM. Tratamento coadjuvante do câncer do reto: I - Radioterapia pré-operatória. Rev bras Colo-Proct 1997; 17(1): 69-73.
15. Santos Jr. JCM. Tratamento coadjuvante do câncer do reto: II - Quimioterapia. Rev bras Colo-Proct 1997; 17(2): 143-9.
16. 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): 135-8.

Endereço para correspondência:

Galdino José Sitonio Formiga
Serviço de Colo-Proctologia do Hospital Heliópolis
Rua Cônego Xavier, 276 - Vila Heliópolis
04231-030 - São Paulo - SP