
CORDEIRO F., AVERBACH M., SOUZA J.V.S., BRENNER S., VIEIRA R.P. & DINIZ F.F. - Tribuna livre: Como eu faço. **Rev bras Coloproct**, 2000; 20(1): 54-57

Como sempre, gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta seção pois, sem eles, ela não existiria. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Além destes agradecimentos, gostaríamos de lembrar aos colegas que esta é uma **TRIBUNA LIVRE** e não há necessidade de convites para que sua opinião seja discutida. Enquanto houver distintos posicionamentos dos apresentados, o tema será mantido ou retornará à discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Gostaríamos ainda de solicitar aos colegas que queiram participar, que enviem sugestões de novos temas ou perguntas, bem como suas condutas nos casos discutidos.

Àqueles interessados em colaborar, manteremos sempre um canal aberto pelo **fax: (019) 254-3839** ou **E.mail:scut@lexxa.com.br**.

O tema desta edição será: **Retite actínica** e para desenvolvê-lo contaremos com a colaboração de 5 membros da nossa Sociedade:

1. **Marcelo Averbach (SP)**
 2. **Jayme Vital dos Santos Souza (BA)**
 3. **Sergio Brenner (PR)**
 4. **Raimundo Pessoa Vieira (RJ)**
 5. **Flávio Ferreira Diniz (RS)**
-

1. Como prevenir a retite actínica?

Marcelo Averbach - A retite actínica pode ser evitada utilizando-se técnicas adequadas de irradiação das neoplasias malignas da pelve. É importante que o radioterapeuta seja informado sobre os procedimentos cirúrgicos aos quais o paciente foi submetido. Nas neoplasias do colo uterino e da próstata utiliza-se a técnica tridimensional conformada com a utilização de múltiplos campos de irradiação. Desta forma é possível uma irradiação máxima do órgão alvo com uma extensão mínima

FERNANDO CORDEIRO - TSBCP
MARCELO AVERBACH - TSBCP
JAYME VITAL DOS SANTOS SOUZA - TSBCP
SERGIO BRENNER - TSBCP
RAIMUNDO PESSOA VIEIRA - TSBCP
FLÁVIO FERREIRA DINIZ - TSBCP

possível de reto irradiada. Nos pacientes submetidos à cirurgia para neoplasias do reto, o preenchimento da pelve com epíplon, pode impedir que a escavação pélvica seja ocupada pelo intestino delgado, evitando-se assim, a enterite actínica.

Jayme Vital dos Santos Souza - A prevenção da retite actínica é praticamente da competência do radioterapeuta e pouco nós, coloproctologistas temos a contribuir. Nosso grande contingente de portadores da retite actínica, são oriundos pós-radioterapia para neoplasias da esfera urogenital. A utilização de equipamentos mais modernos acoplados a computadores, que permitem uma melhor planificação e terapia, além de medidas tais como maior número de "portar" podem contribuir.

Sergio Brenner - A retite actínica é conseqüente à irradiação do reto, mais comumente indicada para tumores do colo do útero ou da próstata. A maneira de se prevenir esta retite é pela adequada delimitação dos campos a serem irradiados, pelo uso de aparelhagem adequada e uma quantidade de irradiação que não seja excessiva.

Raimundo Pessoa Vieira - Como a maioria das retites actínicas tem sua etiologia ligada ao tratamento das lesões neoplásicas ginecológicas, enumeramos algumas medidas para preveni-las ou diminuir sua gravidade:

- a. Técnica adequada na colocação do material radioativo em relação com as condições anatômicas locais.
- b. Adequada contenção do material radioativo, evitando seu deslocamento para a vagina.
- c. Dosimetria da irradiação intrarretal, evitando doses excessivas, superiores a 7800 rads.
- d. Risco de uma reirradiação por uma recidiva do câncer de colo.
- e. Planejamento adequado na combinação da irradiação externa (pélvica) e a do colo, evitando doses conjugadas elevadas.

Flávio Ferreira Diniz - O trauma do reto por irradiação pélvica é inevitável e suas conseqüências, como a Proctite Actínica, estão associadas à dose total de irradiação e a

fatores predisponentes como Doença Vascular Hipertensiva, Diabetes Méliutis, cirurgia pélvica prévia e idade avançada. A chance é maior nos casos em que o órgão alvo da radioterapia é o colo uterino e a próstata. Nesses casos e em pacientes predispostos, podemos tentar diminuir a dose total para menos de 4000 rads. Abaixo de 4000 rads, as lesões por irradiação são muito pouco freqüentes. Outra possibilidade é o fracionamento maior da dose total. Assim fazendo aumentamos o período de tempo de realização da radioterapia e diminuímos a dose em cada aplicação.

2. Além dos antecedentes do paciente, como diagnosticar esta enfermidade?

Marcelo Averbach - A suspeita de retite actínica deve ser levantada quando ocorre alteração do hábito intestinal, com tendência à diarréia com eliminação de muco e eventualmente sangue, além de puxo e tenesmo em pacientes com antecedente de tratamento radioterápico. Nestes casos, temos indicado a colonoscopia que além de excluir outros possíveis diagnósticos, mostrará um processo inflamatório da parede do reto, com edema, enantema e friabilidade. Nos casos com maior tempo de evolução, pode-se notar a presença de vasos tortuosos decorrentes de neoformação e deformidade com eventual estenose do reto. Nesses casos, a biópsia deve ser realizada. Os achados histopatológicos são, na fase aguda, de agressão epitelial com edema, infiltrado inflamatório, erosões e às vezes ulcerações. Na fase crônica, observam-se alterações intersticiais caracterizadas por fibrose e proliferação vascular.

Jayme Vital dos Santos Souza - O diagnóstico da retite actínica na maioria das oportunidades é feita pelo próprio paciente que nos conta uma história muito clara e que na maioria das vezes não deixa menor dúvida. No exame proctológico, é a proctoscopia o elemento chave para o esclarecimento diagnóstico.

Sergio Brenner - A história clínica é bastante sugestiva, pelo aumento do número de evacuações, presença de puxo, tenesmo, sangue e muco nas fezes. O exame endoscópico mostra uma mucosa edemaciada, avermelhada, com muco e áreas com ulcerações, dependendo do grau de comprometimento da retite. Este exame é mais característico que o exame radiológico, que nos casos mais graves poderá também dar o diagnóstico

Raimundo Pessoa Vieira - A sintomatologia clínica (tenesmo, puxos, secreção sanguinolenta acompanhada de muco com aspecto de geléia, algias anorretais, disúria, acompanhados de um exame do reto, onde se pode observar

edema de mucosa, friabilidade, hiperemia ou pontilhado hemorrágico ou mesmo sangramento ao toque ou ao contato do retoscópio, são lesões sugestivas da patologia, principalmente se estão situadas na face anterior do reto. Nas retites crônicas são encontradas lesões ulcerosas, fibrosas com estenose e, fístula para a vagina. Finalmente a biópsia das lesões confirmará o diagnóstico de proctite actínica.

Flávio Ferreira Diniz - Na fase aguda os sintomas são de diarréia, tenesmo e sangramento. O mais comum é encontrarmos hiperemia e edema da mucosa retal durante a endoscopia. Em casos mais severos a endoscopia vai nos mostrar ulcerações e até necrose da mucosa ou de toda a espessura da parede retal nos locais afetados.

Na fase crônica, que normalmente se manifesta nos dois primeiros anos após a radioterapia, o sintoma mais freqüente é o sangramento. Endoscópicamente encontramos uma mucosa atrofica, friável, com áreas hiperêmicas e de sangramento espontâneo ou ao toque do aparelho. A presença, nesta fase, de telangiectasias nos locais mais afetados é uma característica da doença. O reto pode apresentar enrijecimento da parede e até áreas de estenose.

A biópsia deve ser realizada com muita cautela para evitar sangramento e perfuração da parede retal.

O local mais freqüentemente atingido é a parede anterior do reto.

3. Qual terapêutica clínica você tem utilizado mais freqüentemente? Quais suas alternativas?

Marcelo Averbach - Nos pacientes com sintomas iniciais, menos intensos, temos utilizado o tratamento tópico com o ácido 5-aminosalicílico. Quando a resposta não é satisfatória, a prescrição de enema de corticóide é boa opção terapêutica. Existem serviços que realizam enema de solução de formol a 4%, porém não temos experiência com esta forma de tratamento.

Jayme Vital dos Santos Souza - Basicamente a utilização de corticóide tópico via retal e os derivados das 5-ASA.

Sergio Brenner - Conforme a gravidade do caso, usamos a seguinte terapêutica:

- a. Dieta sem resíduos e sem substância irritantes.
- b. Drogas que agem como antiinflamatórios pela liberação de ácido 5-para amino-salicílico, como Asalit, Mesalazina, de uso local (supositórios ou enemas) ou uso oral.
- c. Corticosteróides, via local ou oral, tipo prednisona ou butasonida.

Não tenho experiência pessoal com a cauterização com plasma de argônio ou injeção local de formalina a 4%, nos casos de sangramento mais intenso.

Raimundo Pessoa Vieira - No tratamento clínico temos a atenção voltada para os sintomas, regularizando o trânsito intestinal, os antiespasmódicos, analgésicos e principalmente os enemas de corticóides, mesalazina e ultimamente a budesonida.

Flávio Ferreira Diniz - Normalmente inicio o tratamento com enemas de retenção de cortisona. Associo medicação oral para a dor e antiespasmódicos o que melhora o desconforto do paciente e ajuda na retenção dos enemas. Usei em dois pacientes, na fase crônica, enemas de retenção com 5-ASA com resultados satisfatórios. O aparecimento dos enemas com budesonida trouxe uma boa opção de tratamento pelo seu bom efeito tópico e baixo índice de efeitos colaterais da medicação.

4. Qual é na atualidade sua terapêutica intervencionista: endoscópica ou cirúrgica?

Marcelo Averbach - Já utilizamos diversas formas para o tratamento endoscópico, como a aplicação do laser ND-Yag, injeção de etanolamina a 1,66% e até mesmo o cautério monopolar. Atualmente, temos utilizado o tratamento endoscópico destes pacientes com enterorragia através da aplicação de "argon beam".

Habitualmente são necessárias várias sessões para que toda a extensão acometida seja tratada. Tendo em vista as dificuldades técnicas, o resultado e a qualidade de vida dos pacientes operados, o tratamento cirúrgico é reservado àqueles pacientes nos quais a terapêutica clínico-endoscópica não obtiver sucesso.

Jayme Vital dos Santos Souza - Cada vez mais temos abandonado a terapêutica clínica e adotamos a formolização do reto com solução de formol a 4% aplicado com auxílio de um swab sob anestesia local, com o paciente tendo alta 2 horas após a intervenção.

Algumas vezes somos obrigado a lançar mão de estomas, sendo a colostomia do sigmóide a nossa preferência. A cirurgia definitiva deve ser uma proctectomia com reconstrução do trânsito intestinal através de anastomose colo-anal, sempre no nosso pensar "protegida" por uma ileostomia.

Sergio Brenner - Em casos de indicação cirúrgica, que compreende os pacientes com intensa sintomatologia, que não respondem a tratamento clínico e nos portadores de

ulcerações profundas, com risco de perfuração para vísceras vizinhas, indicamos uma colostomia do tipo terminal.

Raimundo Pessoa Vieira - As intervenções cirúrgicas, empregadas, nos casos mais graves, fistulizações, sangramentos intensos, são principalmente as derivações do trânsito (colostomias).

Endoscópicamente, as embrocações com o ácido tricloroacético, e em alguns casos de sangramento, o formol a 4%.

Flávio Ferreira Diniz - Nos pacientes cujo principal problema é o sangramento, tenho tentado o tratamento tópico com solução de formol a 4%. O resultado é muito bom. Apliquei em alguns pacientes localmente com cotonete embebido na solução. Os procedimentos foram realizados em consultório através de retossigmoidoscopia. É desconfortável e um pouco demorado, mas é mais seguro que a instilação retal da solução através de borrifamento, o que pode levar a necrose extensa da mucosa. Acredito que o ideal seja fazer o procedimento sob anestesia geral superficial, borrifando nos casos mais difusos e utilizando cotonete quando se consegue visualizar os locais de sangramento e esses não são muitos.

Já utilizei a coagulação endoscópica através de colonoscopia, mas é um procedimento mais demorado que a aplicação de solução de formol. Não tenho experiência com o uso da coagulação com raio laser.

Poucos pacientes necessitam tratamento cirúrgico. Nos casos muito sintomáticos, onde há perda importante da função retal por perda da elasticidade da parede, nas estenoses sintomáticas, fístulas retovaginais nas mulheres ou quando o controle do sangramento não é eficaz, indico a excisão do reto com reconstrução do trânsito através de abaixamento do cólon com anastomose coloanal. O reto deve ser sempre completamente excisado. Os pacientes cirúrgicos devem realizar uma completa avaliação da função esfinteriana no pré-operatório, pois muitas vezes há lesões esfinterianas pela radioterapia ou por outros motivos que contraindicam as cirurgias com preservação esfinteriana. A colostomia derivativa pode ser utilizada temporariamente em casos muito sintomáticos, mas devemos lembrar que a derivação não resolve as lesões causadas pela irradiação.

5. Comentários adicionais?

Marcelo Averbach - Com o avanço das técnicas de radioterapia, a ocorrência de retite actínica tornou-se menos freqüente, bem como de menor intensidade, porém é impossível a exclusão total do reto do campo irradiado.

As novas técnicas, sobretudo as endoscópicas, têm sido de grande valia no tratamento destes pacientes.

Sergio Brenner - A evolução da retite actínica é crônica, podendo os primeiros sintomas iniciarem meses após a aplicação radioterápica. A melhora clínica é também bastante arrastada, assim como a derivação pela colostomia leva algum tempo para aliviar a sintomatologia e deverá

permanecer também por um longo período(mais de 1 ano), de conformidade com a remissão da doença.

Flávio Ferreira Diniz - Felizmente parece que a incidência das lesões actínicas diminuiu nos últimos anos devido a melhora nos métodos de realização da radioterapia. Mesmo assim, ainda nos deparamos com pacientes apresentando complicações severas e que necessitam tratamento agressivo.

Esta rodada de perguntas e respostas encerra esta seção da **TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO**. Agradecemos novamente a inestimável colaboração dos colegas que prontamente responderam à nossa solicitação e tornaram possível a realização de mais uma tribuna.

Este tema é amplo e nossa intenção é a de dar um rápido enfoque do tratamento da enfermidade em vários locais alcançados por nossa Sociedade.

Se você tem alguma opinião divergente ou gostaria de completar aquilo que foi aqui referido, escreva-nos.

Gostaríamos de ter sua participação efetiva independente de sua titulação dentro da sociedade e mais uma vez agradecer àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente conscisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta TRIBUNA.

Novamente, o nosso fax é: (19) 254-3839 e E.mail:scut@ lexxa.com.br. Participe.

Fernando Cordeiro
