

CARTAS AO EDITOR

Gostaria de tecer algumas considerações a respeito do artigo: Associação entre megacolo chagásico e câncer do intestino grosso: apresentação de casos e revisão da literatura - autores João José Fagundes e colaboradores, inserido no vol. 22, n.4-outubro-dez., 2002.

A temática megacolo chagásico\ câncer vem despertando, cada vez mais, a atenção dos pesquisadores, não só do Brasil como de outros países, tais como da Argentina e até da Rússia (" The tumoricidal effect of Trypanosoma cruzi: its intracellular cycle and the immune response of the host. Cabral, HR. Inst de biologia celular - Córdoba, Argentina in Méd. Hypotheses 200, jan. 54 (1) 1-6" e " Anticâncer properties of flagellate protozoan Trupanosoma cruzi Chagas, 1909 - Kallinikova VD e cols. Moscow - State University - in Izv akad nauk ser biol, 2001 - may-june (3) 299-311."

Por isto, acharia conveniente que, na introdução fosse situado melhor o tema. Qual a razão para a apresentação dos casos? Era de se esperar uma incidência maior de câncer no megacolo, tendo em vista a presença de obstipação? Por que surgiu, na literatura, a discussão a respeito do assunto?

Seria interessante que o serviço informasse o número de casos de megacolo atendidos naquele período mencionado; não que uma estatística que não fosse suficientemente volumosa pudesse ser motivo para invalidar os achados. A importância desta informação pode ser entendida se tivermos em conta o trabalho do Prof. Sérgio B. Garcia, pertencente ao departamento de patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, que ainda está no prelo, realizado em colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, onde são analisados 802 e 1.157 peças cirúrgicas ressecadas de pacientes operados de megacolo chagásico, respectivamente, nos dois Centros. Não foi encontrado, neste material, nenhum caso de carcinoma. Não seria obrigatório, porém, acredito que seria interessante, a apresentação dos respectivos enemas opacos, pois, a descrição do caso 2, por exemplo, pode suscitar dúvidas - A dilatação á jusante da lesão, não poderia ter sido causada pelo fator obstrutivo? A dilatação do reto não poderia ser devida ao fato de que esta víscera é operador dependente - maior pressão, maior dilatação?

O exame histopatológico não confirma ou descarta o diagnóstico de megacolo, pois este é eminentemente clínico-radiológico. Pode-se , em casos com sorologia positiva para doença de Chagas, com lesões histológicas compatíveis (destruição dos plexos mioentéricos) dizer-se, no máximo, que estamos diante de um caso de colopatia chagásica.

Finalmente, sugeriria que fossem considerados, para discussão, os seguintes trabalhos:

- Oliveira, EC e al. Chronic Trypanosoma cruzi infection associated with low incidence of 1,2-dimethylhydrazine-induced colo cancer in rats - Carcinogenesis 22: 7370-740, 2001.
- Rodrigues et al. Integrated p53histopathologic\genetic análisis of premalignant lesions pf the esophagus - m Cancer Detec Prew. 24:13-23, 2000.
- Adad et al. Leiomyosarcom of the esophagus in patient with chagasic megaesophagus - case report and literature review. Am J. Trop. Med. Hyg. 60: 879-81, 1999.

Sendo só o que me oferece para o momento, apresento as minhas mais cordiais

Saudações

Hélio Moreira
Fac. Medicina U.F. de Goiás
29/04/2003

Prezado Senhor,

Em relação às sempre bem vindas observações do Prof. Hélio Moreira, temos a acrescentar:

1. O trabalho não teve nenhuma pretensão maior, além de mostrar os casos de nossa experiência. O artigo foi enviado e acolhido como Relato de Caso. A motivação foi a simples apresentação de uma concomitância sabidamente rara, para que se somasse a outros trabalhos e daí inferíssemos um pouco melhor a incidência, o comportamento biológico deste tipo de câncer e a associação com adenomas. Certamente outros casos serão necessários e esperamos que quem os tenha sintá-se motivado a publicá-los. Está fora do nosso propósito discutir aqui obstipação intestinal e câncer. Outro objetivo do trabalho, que nos parece bem explícito ao longo do texto, é a relativamente alta frequência de adenoma relatados na literatura. Mais recentemente, chegou-nos um doente com 6 adenomas em megacólon, um deles com carcinoma intra-mucoso, reforçando a impressão.. Certamente são doentes que merecem estudo genético, pois é quebrada a proteção conferida pela desnevação. Outra impressão inferida dos relatos é o pior prognóstico; o próprio Prof. Hélio é co-autor de um trabalho onde se relata um paciente com suposto bom prognóstico (T@), com rápida evolução para óbito por metástases hepáticas (Oliveira et al. 1997).

2. O número de casos relatados por Serviços de Cirurgia não resolve o problema da prevalência na população de chagásicos, com ou sem megacólon. Essa população sim, é que deverá ser conhecida. Campinas não é considerada área endêmica e os doentes aqui operados são geralmente encaminhados de outras regiões; enfim, cremos que a resposta não esteja com os cirurgiões. O Departamento de Cirurgia da Unicamp foi constituído há 35 anos, sendo operados 743 doentes com megacólon (casuística não atualizada, porém, chegam cada vez mais em menor número). Quanto à presença de casos de câncer em megacólon na Universidade Federal de Goiás, são relatados 2 casos por Oliveira et al. Em publicação de 1997 (Am. J. Méd. Hyg., 56: 596-8). um ano após, Gabriel-Neto et al. relataram mais um caso, referindo ser o quarto doente descrito no Estado de Goiás. Entre as entidades onde se realizou o trabalho, conta a Universidade Federal de Goiás (Ver. Soc. Bras. Méd. Trop.,31 (Supl.3):46, 1998). Provavelmente os 1157 casos de operados, na correspondência do Prof. Hélio, sejam posteriores àquelas datas.

3. Damos como muito bem vinda e aceitamos a sugestão de que as radiografias deveriam ter sido apresentadas. Na elaboração do trabalho, bastante simples, julgamos, equivocadamente, não serem necessárias. Também não recebemos nenhum pedido de correção do texto vindo da Revista, onde o trabalho ficou aproximadamente 1 ano até ser publicado. Tempo suficiente houve para isso. Certamente acataríamos qualquer sugestão e agradeceríamos de forma sincera. Todos ganharíamos.

4. Concordamos que o diagnóstico de megacólon chagásico é clínico-radiológico, além de anatomopatológico (macro e microscópico). E nisso se enquadram todos os nossos pacientes, inclusive os 4 do artigo em questão. Lembramos que o primeiro caso, operado há 20 anos, não teve ressecção.

No recente trabalho de Adad e col. (Association of chagasic megacolon and cancer of the colon; case report and review of the literature. Rev. Soc. Bras. Méd. Trop. 35: 63-8, 2002) fazem-se medidas e contagens neuronais em vários locais do espécime cirúrgico. É demonstração extremamente elegante e definitiva e deveria servir de referência à futuras publicações

5. Quanto aos artigos sugeridos pelo Prof. Hélio, e não citados por nós, queremos lembrar que um trabalho que fica um ano para sair publicado, obrigatoriamente perde sua atualidade.

Os trabalhos de Rodrigues et al. (2000) e Adad et al (1999) não foram incluídos por não estarmos tratando de malignação em megaesôfago. Aliás, nesse particular, a literatura é bem mais pródiga que em megacólon. Incluímos uns poucos trabalhos nas nossas referências.

O importante trabalho de Oliveira et.a l. (2001) só nos chegou às mãos após o envio de artigo para a revista. De qualquer forma, a estrutura do nosso trabalho não teria se modificado, dentro das nossas pretensões.

Além dos trabalhos sugeridos pelo Prof. Hélio Moreira, queremos lamentar a não citação do estudo de Adad et al. (2002), supra citado. Além do estudo neuronal, trata-se de revisão da literatura, a qual seria acrescida em mais um caso. Essa publicação saiu após o envio da nossa. Mais recentemente, em tese na Unicamp (Figueiredo, 2003) discute-se o problema do câncer em chagásicos, estudando uma população de cerca de 3.200 doentes.

Atenciosamente,

João José Fagundes
Juvenal Ricardo Navarro Góes
Campinas - SP
15/08/2003