

## TUMORES DE CÓLON E ANO-RETO: DIAGNÓSTICO E CONDUTA

ARITA WIETZKE BRODBECK \*  
ANTONIO JADER BRODBECK \*\*

**SINOPSE :** Demonstra-se, com igualdade de importância, o valor do diagnóstico precoce, as dificuldades no diagnóstico, e a responsabilidade médica no diagnóstico. É apresentada a conduta nas neoplasias malignas de cólon e ano-reto, ressaltando as peculiaridades do tratamento dos tumores ano-retais. Para isto os autores utilizam-se da experiência pessoal em 84 casos.

### IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Nos tumores de cólon e ano-reto de 84 casos por nós estudados constatamos que 34 pacientes foram operados paliativamente, ou seja, com sobrevida provável menor que cinco anos. Todos estes pacientes apresentavam um diagnóstico feito em fase avançada da doença, o que nos motivou a uma revisão sobre diagnóstico precoce, conforme passamos a expor.

Nos tumores de cólon e ano-reto podemos relacionar a classificação anátomo-patológica de Dukes com a sobrevida dos pacientes. Dukes classifica as neoplasias em três tipos principais, de acordo com a extensão da lesão e com o comprometimento de gânglios linfáticos:

TIPO A — Lesão limitada à parede intestinal

TIPO B — Lesão que ultrapassa a parede, sem comprometimento linfático

TIPO C — Invasão de linfáticos regionais.

A transformação de um tipo em outro é proporcional ao tempo de evolução.

Rosí (14) apresenta uma revisão onde se vê que nos casos de TIPO A, a percentagem de cura (pacientes assintomáticos, cinco anos após a cirurgia) é de cerca de 80%. Esta percentagem cai para 30% nos casos de TIPO C. Por outro lado, a mortalidade operatória dimi-

\* Especialista em Proctologia pela Sociedade Brasileira de Proctologia da Associação Médica Brasileira. Proctologista do Serviço de Cirurgia do Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre.

\*\* Assistente de Ensino de Cirurgia Geral da Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre. Capitão PM Médico Chefe da Clínica Cirúrgica do Hospital da Brigada Militar, Porto Alegre. Especialista em Proctologia pela Sociedade Brasileira de Proctologia da Associação Médica Brasileira.

nuiu significativamente nos últimos trinta anos, sem o aumento de sobrevida que seria de esperar. Esta sobrevida atualmente permanece ao redor de 30% (14, 3).

Se nos casos iniciais a sobrevida de cinco anos é de 80%, e a média de todos os casos permanece em 30%, só podemos concluir que a grande maioria dos casos é reconhecida em fase avançada e tardia, o que concorda com uma série de 934 casos, onde 2/3 eram de TIPO C (11).

Para evitar esta alta percentagem de diagnósticos tardios chegamos à conclusão que só uma atitude pode ser tomada: **insistir cada vez mais na necessidade do diagnóstico precoce, como fator decisivo na cura do câncer de cólon e ano-retô.**

**DIFICULDADE DE DIAGNÓSTICO** — Convictos da necessidade do diagnóstico precoce procuramos ver as dificuldades existentes para que o médico consiga atingi-lo rapidamente. Apresentamos aqui as informações que conseguimos em nossa série, comparadas a outras séries revisadas. Procuramos, na medida do possível, a comparação com autores brasileiros para melhor nos situarmos.

**SEXO** — houve uma predominância de pacientes masculinos de quase 2 para 1. No “Inquérito Nacional sobre Câncer do Intestino Grosso” (1) a relação é menos significativa, sendo de quase 3 para 2.

**IDADE** — a maior parte de nossos pacientes (34,6%) apresentou entre 51 e 60 anos de idade, seguindo-se pacientes da terceira e sexta década. É importante assinalar a incidência significativa de pacientes jovens, abaixo de 30 anos (7,2%), também presente em outras séries (2, 11).

**RAÇA** — em nossos pacientes houve nítida predominância (89%) da raça branca.

**LOCALIZAÇÃO, SINAIS e SINTOMAS** — dividimos os casos em três grupos: cólon direito, cólon esquerdo e ano-retô-sigmóide. A incidência é significativamente maior na porção terminal do intestino (2, 3, 4, 12), com 68 casos entre 84 (quadro 1).

**Quadro 1 — Localização**

|                                                       | casos | %     |
|-------------------------------------------------------|-------|-------|
| I. CÓLON D (ceco, ascendente, ângulo hepático)        | 12    | 14,28 |
| II. CÓLON E (ângulo esplênico, descendente, sigmóide) | 4     | 4,76  |
| III. ANO-RETOSSIGMÓIDE e CANAL ANAL                   | 68    | 80,95 |
|                                                       | 84    | 99,99 |

Quanto aos sinais e sintomas, detalhados no quadro 2, encontramos:

Cólon D — DOR, PERDA de PÊSO, TUMOR PALPÁVEL

Cólon E — DOR (o número total de casos não é significativo) e Ano-reto-sigmóide — DOR, SANGRAMENTO e CONSTIPAÇÃO.

De um modo variável encontramos sinais e sintomas digestivos, relacionados com a evolução da doença.

Analisando os dados acima apresentados, vemos que na história do câncer de cólon e ano-reto não há um sintoma patognomônico e sim um conjunto de queixas que, conforme a sua graduação, se encaixam em diversas patologias do tubo digestivo (2).

Sabemos como muitas vezes é difícil obter dados de um paciente, por razões de inibição, ignorância, mau relacionamento, etc. No caso do câncer acresce-se o fato do paciente negar a doença. Ele tem medo da morte e procura enganar a si mesmo e ao médico. O próprio médico, quando portador de câncer, nega a doença e foge ao diagnóstico (15).

Acreditamos que nesta atitude do paciente e na falta de especificidade de sintomas está uma parte da dificuldade do diagnóstico. A parte restante constitui a responsabilidade médica.

**Quadro 2 — Sinais e sintomas conforme a localização**

| Sintoma/Sinal       | cólon D | cólon E | ano-reto-sigmóide |
|---------------------|---------|---------|-------------------|
| Dor                 | 75%     | 50%     | 82%               |
| Sangramento         | 16      |         | 88                |
| Alteração de hábito |         |         |                   |
| diarréia            | 33      |         | 22                |
| constipação         | 33      |         | 51                |
| Anemia              | 33      | 25      | 10                |
| Perda de peso       | 72      | 25      | 57                |
| Massa palpável      | 50      | 25      |                   |
| Anorexia            | 10      |         |                   |
| Muco e/ou pus       |         |         | 26                |
| Tenesmo             |         |         | 31                |
| Astenia             | 16      |         | 11                |

**RESPONSABILIDADE MÉDICA NO DIAGNÓSTICO** — é conceituada por Pack e Gallo (In: 15): “o médico é considerado culpado quando deixa de estabelecer diagnóstico certo no período de um mês, não encaminhando então o doente para especialista ou clínica capaz de fazer o diagnóstico correto; quando faz o diagnóstico correto, porém deixa de aconselhar acertadamente o paciente, não o orienta, ou não emprega meio certo de tratamento”.

Nos 84 casos revisados, o tempo médio entre o primeiro sintoma e o diagnóstico foi de 12,7 meses. Este fato não é local, sendo relatado em outras séries (2, 11), sendo o tempo médio mínimo de 6 meses.

Já apontamos as dificuldades e conseqüente demora de diagnóstico por parte do paciente.

De nossa parte “a maioria dos erros de diagnóstico é devida ao exame incompleto do paciente (15), iniciada com a valorização incompleta dos sinais e sintomas, continuando com o exame físico incompleto e terminada pela não requisição de exames necessários.”

Williams (17) constata que “apesar do estudo constante e da propaganda que se faz, o diagnóstico do câncer de cólon é quase sempre tardio e deficiente... o médico, com as funções socializadas da medicina, anda apressado com o número de pacientes que deve atender, ou também mostra pouco interesse pelo caso. E se é um paciente particular, trata de cuidar da parte financeira do enfermo e evita exames que, às vezes, são indispensáveis ao diagnóstico”.

Em nossos pacientes, em 68 casos de tumor de ano-reto-sigmóide, 56 estavam ao alcance do toque retal. Não obstante o tempo perdido entre o primeiro sintoma e o diagnóstico, foi de 15,4 meses. No Instituto Nacional do Câncer, a análise de 65 casos, em que o tumor estava acessível ao toque e/ou à retossigmoidoscopia, a responsabilidade médica foi de 72%, enquanto para os tumores de cólon, foi de 81%.

Outro dado a ser valorizado é a frequência com que há outras patologias associadas à neoplasia. Inúmeras vezes um diagnóstico correto, mas incompleto, de hemorróides, tranqüiliza o médico e o paciente, e afasta a possibilidade do diagnóstico precoce de um câncer situado mais acima. Fizemos uma revisão de 759 casos, em relação a sangramento pelo ânus, e encontramos uma incidência de quase 5% de neoplasias. Arruda em 642 pacientes com a mesma queixa encontrou 12 casos de neoplasias (1).

Não cremos que haja incapacidade de nossa parte, como médicos. Creamos, isto sim, que também como os pacientes, nós negamos o câncer, porque ele nos angustia, nos deprime e muitas vezes nos frustra, no sentido de manter a vida do paciente.

Devemos enfrentar tal situação e pensar sempre que o câncer tem alto percentual de cura, quando o diagnóstico é precoce.

Para conseguirmos isto devemos seguir a seguinte conduta: todo paciente com alterações de hábito intestinal ou sangramento anal, in-

dependente de grupo etário, deverá ser submetido a exame físico completo, incluindo o toque retal associado à retossigmoidoscopia e, idealmente, ao estudo radiológico dos cólons (5, 8).

Insistimos em que o toque retal e a retossigmoidoscopia dão o diagnóstico correto em 75% das neoplasias malignas de cólon e ano-retos (2), o que deve caracterizar estas manobras como rotina de exame físico. Complementando o toque e a endoscopia, a radiologia eleva até a 90% os diagnósticos de certeza.

**CONDUTA CIRÚRGICA** — a cirurgia varia conforme o paciente esteja ou não em obstrução intestinal, isto é, entre cirurgia de urgência ou eletiva.

**CIRURGIA DO PACIENTE OBSTRUÍDO** — A seguinte conduta nos parece a correta (9):

a) Obstrução de hemicólon D — em casos em que o estado geral seja bom, a melhor conduta é a excisão do tumor, por hemicolectomia D, em um só tempo cirúrgico; de um modo geral não há complicações de post-operatório, abreviando-se assim a permanência em hospital. Em casos de más condições gerais, ou em ambiente sem condições boas de cirurgia ou anestesia, a melhor conduta é a descompressão do doente por cecostomia, ressecando-se a lesão em um segundo tempo, com melhores condições.

b) Obstrução de hemicólon E — no cólon E, a ressecção e anastomose em um só tempo implica em taxa elevada de morbidade e mortalidade. Por isso a conduta mais segura consiste em colostomia, que pode ser ao nível do transversos ou do ceco, seguindo-se a cirurgia definitiva em um segundo tempo. Nossos casos de obstrução à E foram assim tratados, com exceção de um, em que se fez ressecção em um só tempo.

c) Obstrução de ano-retos — aqui há interesse em se fazer uma exploração da cavidade abdominal, pois se a lesão for ressecável faremos não uma colostomia provisória, como em (b) e sim uma colostomia definitiva, ressecando-se a lesão em um segundo tempo. Em casos inoperáveis (irressecáveis) faremos uma dupla colostomia, para melhor manuseio posterior das consequências do tumor (sangramento, muco, pús, etc).

**CIRURGIA NO PACIENTE ELETIVO** — A cirurgia do câncer de cólon e ano-retos pode ser curativa, quando retiramos o tumor e todas as estruturas comprometidas, ou paliativa, quando se retira o tumor, deixando outras estruturas atingidas. Nos casos de tumores irressecáveis, por comprometimento de órgãos vitais contíguos, ou por gran-

de comprometimento local, ou por carcinomatose, pode-se fazer uma cirurgia de derivação ou colostomia (6, 7).

Julgamos que sempre que possível tècnicamente o tumor deve ser retirado, ainda que com finalidade essencialmente paliativa; temos observado que a resposta do paciente à ressecção é muito gratificante, com melhoria de sintomas e do estado geral. Concordamos com Swinton (In: 2) que diz: "qualquer cirurgião que tenha feito apenas uma colostomia (para o câncer de reto) e observou seu paciente sofrendo o resto da vida devido a tenesmo, hemorragia e diarreia, lamentará sua decisão de não ter removido a lesão, quando teve oportunidade".

Em nossos 84 casos, de 72 pacientes que foram à cirurgia, 38 sofreram intervenções curativas, no sentido de retirada de todo o tecido comprometido por câncer. Em 32 casos isto não foi possível, sendo a cirurgia paliativa. Nos 2 casos restantes efetuou-se apenas laparotomia exploradora, por impossibilidade de ressecção (quadro 3).

**Quadro 3 — Tipos de cirurgia**

| Localização     | Cirurgia |           |        |
|-----------------|----------|-----------|--------|
|                 | Curativa | Paliativa | Outras |
| Grupo I         | II       | I         | 0      |
| Grupo II        | I        | 2         | 1      |
| Grupo III       | 26       | 26        | 4      |
| 72 casos (100%) | 38 (53%) | 29 (40%)  | 5 (7%) |

**TIPO DE RESSECÇÃO** — Sabendo-se que o câncer se dissemina por continuidade, por via hemática, por via linfática e por descamação dentro da luz intestinal ou na cavidade, a cirurgia deve adotar técnicas (16) que diminuam as possibilidades de recidiva por qualquer destas vias. Para isso adotamos a seguinte tática cirúrgica:

- ressecção do tumor com ampla margem de segurança,
- ligadura dos vasos arteriais e venosos da região do tumor,
- ressecção em monobloco do segmento afetado pelo tumor, seu meso e tecido linfático correspondente e,
- ligadura da luz intestinal acima e abaixo do tumor.

Para conseguir a realização dos pontos expostos, a cirurgia de eleição, para os tumores de cólon, é a hemicolectomia D ou E, conforme a localização (4, 6, 7, 11, 14). Para os tumores de retossigmoide há duas opções:

a) Tumores situados acima de 10 cm da borda anal — nestes pacientes é possível uma ressecção abdominal, com retirada do tumor, e anastomose entre cólon e reto remanescentes.

b) Tumores situados entre 10 cm e a borda anal — aqui há necessidade de se efetuar uma amputação de reto, cirurgia preconizada e sistematizada por Miles, e que implica na realização de um ânus contra natura, na parede abdominal.

No último tipo de cirurgia reside toda a dificuldade — **convencer o paciente a aceitar a colostomia definitiva**. Enquanto nas demais cirurgias do cólon a mutilação está escondida, aqui ela se manifesta agressivamente, pela exteriorização definitiva do cólon.

Invariavelmente a primeira reação do paciente é de horror à proposta do cirurgião e as respostas e negativas giram em redor do aspecto higiênico (aparência, mau cheiro), estético (problemas de vestuário), social (contrôle de fezes e flatos) e sexuais (impotência funcional ou orgânica).

Acreditamos que a melhor conduta é explicar detalhadamente ao paciente o tipo de cirurgia que lhe propomos, e analisar ponto por ponto as dúvidas que lhe surgem. Procuramos salientar cada um dos pontos positivos da operação, fazendo ver ao paciente a remissão de sintomas que vai ter, as chances de cura, a adaptação à colostomia, etc. Aachamos que esta é a melhor oportunidade de fazer valer o bom relacionamento médico-paciente. Temos que apoiar o paciente, também agindo junto à sua família, orientando e explicando as dúvidas existentes. Também a enfermagem deve ser orientada para apoiar e estimular o paciente, completando um ambiente onde o paciente sinta-se à vontade e apoiado. Na medida do possível, cada paciente é visitado por pessoa já submetida à amputação de reto, que lhe comunica seus problemas e sua vivência na adaptação à colostomia.

Com todas estas medidas em nossa série de 68 pacientes com indicação de amputação, tivemos 12 recusas; considerando que esta atitude equivale praticamente à morte, nossa conduta atual é indicar auxílio psiquiátrico a esses doentes, como mais um elemento da equipe de apoio que deve cercar o paciente. Não temos ainda experiência suficiente, mas cremos que esta conduta será mais produtiva, diminuindo o número de recusas, que nos parece muito elevado.

## MEDIDAS COADJUVANTES — QUIMIO E RADIOTERAPIA —

Temos pouca experiência com QT ou RT.

Em alguns casos de carcinoma epidermóide de ânus, utilizamos a RT pré-operatória, por ser uma lesão bastante sensível, e no sentido de evitar recidivas locais; não temos casos de adenocarcinomas onde houvésssemos usado RT no sentido de transformar um tumor irressecável em ressecável, por fusão parcial de massa.

Quanto à QT, temos usado 5-FU (5-fluoracil) no post-operatório imediato, no sentido de evitar recidiva e combate às células circulantes, e também mais tarde, em pacientes sintomáticos, como tentativa de palição (16). Em um caso de metástases hepáticas usamos QT por via intra-arterial, sem resultados animadores.

Julgamos que RT e QT devem ser usados sempre como coadjuvantes, e não como substitutos de cirurgia, ao menos no estágio atual do tratamento de câncer de cólon e ano-reto (10).

**SUMMARY :** It is demonstrated that the value of precocius diagnosis, the difficulties of diagnosis and the medical responsibility in diagnosis in the same degree of importance. It is also presented the behavior of malignant tumors of anorectum and colon emphasizing the peculiarities of the treatment of the anorectum tumors. The elements for this study were obtained from the personal experience of the authors in 84 cases.

### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — ARRUDA, M.R. — Hemorragias digestivas baixas. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 9:689-94, jun. 1965.
- 2 — BERK, J.E. & HAUBRICH, W.S. — «Malignant tumors of colon and rectum». In: BOCKUS, H.L. — *Gastroenterology*. 2.ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1964. v.2, cap.73.
- 3 — BUTLER, E.C.B — Carcinomas of the large intestine treated at the London Hospital between the years 1937 and 1966, inclusive. *Gastroenterology Abstracts and Citations*, 4:182, Feb. 1969 | Abstract, n.1445|
- 4 — CUTAIT, D.E. — «Indicação e conduta cirúrgica no câncer de cólon». In: MELLO, J.B. de — *Simpósios de cirurgia*. São Paulo, Departamento de Cirurgia da Associação Paulista de Medicina, 1966. p.36-8.
- 5 — FLETCHER, W.S.; KRIPPAEHNE, W.W.; DUNPHY, J.E. — Current considerations in Surgery of cancer of the colon and rectum. *The Surgical Clinics of North America*, 42:1219-34, Oct. 1962.
- 6 — GENTIL, F.C. — «Indicação e conduta cirúrgica no câncer de reto». In: MELLO, J.B. de — *Simpósios de cirurgia*. São Paulo, Departamento de Cirurgia da Associação Paulista de Medicina, 1966. p.39-41.

- 7 — GOLIGHER, J.C. — *Surgery of the anus, rectum and colon*. London, Cassel, 1961.
- 8 — GOUVEIA, O.F. de — Tumores de cólon (com referências ao reto e ânus). *Jornal Brasileiro de Medicina*, 12:341-63, abr 1967.
- 9 — HADDAD, J. et alii — Obstrução intestinal por câncer de colon e reto (sistematização de conduta). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 15:229-34, maio 1969.
- 10 — HIGGINS, G.A. & WHITE, G. F. — Cancer chemotherapy and surgery. *The Surgical Clinics of North America*, 48:839-50, Aug. 1968.
- 11 — INQUÉRITO Nacional sobre Câncer do Intestino Grosso. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 14:191-200, set. 1968 [Comunicação]
- 12 — PAULINO, F.; ROSELLI, A.; MARTINS, U. — Patologia clínica do carcinoma de cólon. *O Hospital*, 69:915 et seq., maio 1966.
- 13 — RHOADS, J.E.; DUBRICK, S.J.; MILLER, L.D. — Colectomy for cancer: technique and pitfalls. *The Surgical Clinics of North America*, 46:1163-77, Oct. 1966.
- 14 — ROSI, P.A. — Planning surgery for colon carcinoma. *The Surgical Clinics of North America*, 50:81-92, Feb.1970.
- 15 — SILVA, M. & OAKIN, V.L. — Mensagem aos médicos sobre câncer. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde. p.1-27.
- 16 — SOUTHWICK, H.W. & COLE, W.H. — «Prophylactic and adjuvants measures in the treatment of carcinoma of the colon». In: TURELL, R. — *Diseases of the colon and anorectum*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1959. v.1, cap.20.
- 17 — WILLIAMS, N.F. — «Diagnóstico del cancer del colon». In: ANAIS DO 1º CONGRESSO LATINO-AMERICANO, 2º INTERNACIONAL E 10º BRASILEIRO DE PROCTOLOGIA. São Paulo, 1960. v. 1.

Andradas, 1781, Conj. 504 — P.Alegre, RS, Brasil