

Sôbre um caso de "Íleo-transversostomia prébia no tratamento dos tumores do colon ascendente"

Drs. Alfeu Bica de Medeiros e Carlos José Gonçalves

No dia 4 de Junho do ano de 1939, apresentou-se no consultório do Dr. Alfeu Bica de Medeiros, um paciente, A. M., do sexo feminino, branca, casada, com 58 anos de idade, do biotipo brevilineo astênico, pesando 59 quilos, com 1m,56 de altura, doméstica, natural de Taquara, residente n/capital, queixando-se de que ha 10 anos sofre de "dispepsia" e que dois anos antes sofrera intensa colite. Com o decorrer dos anos os fenômenos dispepticos se acentuaram e a doente passou a apresentar anorexia, náuseas e sensação de enfartamento.

De ano e meio para cá, as perturbações digestivas, mais evidente se fizeram com o acrescimo das erutações de cheiro azedo e regorgitações alimentares, até após o café. Datam, também daí para cá a constipação, sensação de cansaço físico, emagrecimento progressivo e a palidez geral que cada vez mais se foi acentuando, nunca apresentando diarréia.

Sua anemia já era tão acentuada que as amigas notavam chamando-lhe a atenção para o seu estado de súde que não obstante achava a paciente ser bom.

Impressionada, por fim, mais com o seu estado de anemia do que com os distúrbios dispepticos, resolveu tratar-se consultando alguns médicos.

A despeito de todos os tratamentos anti-anêmico e gástrico feitos, não obteve resultado satisfatório.

Em Fevereiro deste ano, 1940, após forte diarréia de 2 semanas, seguida depois de constipação, começou, a paciente, a experimentar sensação de angústia, de plenitude na região epigástrica e de pêso no hipocôndrio e flanco D., causando-lhe mal estar na posição de decúbito dorsal, principalmente após às refeições, só aliviando na posição recostada.

Ultimamente a anorexia era total, frequentes regorgitações, a constipação era mais intensa, só evacuando com elister; uma dôr "surda", surgiu, então, no hipocôndrio D. que se irradiava para as regiões epigástrica e hipocôndrio E., seu estado anêmico já era intenso, a coloração dos tegumentos era de amarelo-palha e o seu emagrecimento acentuado apresentava uma diferença de pêso de 21 quilos em 18 meses.

Não obstante, seus sintomas gerais serem discretos, seu psiquismo surpreendeu-nos sempre pelo modo confortador com que nos relatava sua doença; sono normal, nunca sofreu dores de cabeça, febre, vertigens nem vômitos, e nega haver sofrido de melenas em todo êste período de evolução mórbido.

Na anamnese familiar hereditária, o pae faleceu de t.b.c., esposo sadio, 6 filhos sadios (3 casaes), 1 morreu aos 2 anos de bronco-pneumonia, 2 abortos espontâneos (aos 3 meses). Menopause aos 53 anos.

EXAME CLÍNICO

Emagrecimento geral, palidez amarelo-palha, língua saburrosa, dentes incompletos, mucosas pálidas, reflexos normais, aparelho respiratório e circulatório normais. Pulso 96. Temperatura $37\frac{1}{2}$. Pressão — Mn.: 7 Mx.: 12.

Examinando o abdomen constatamos, à inspeção, ventre escavado; timpanismo exagerado na reg. epigástrica e região umbelical e som massiço no flanco D.; à palpação, ventre flácido e depressível, com leve reação de defeza no flanco e hipocôndrio D. e de sensação dolorosa a compressão profunda.

EXAMES DE LABORATÓRIO:

Em Outubro de 1938.

Hemátias	—	2.960.000 por mm ³ .
Leucocitos	—	8.560 por mm ³ .
Hemoglobina	—	22% (Sahli).
Valor globular	—	0,47.

Fórmula leucocitária (Schilling):

Eosinofilos	—	8%
Basofilos	—	1,6%
(Mielocitos	—	0,2%
Neutrofilos (Metamielocitos	—	0,0%
(Metamielocitos	—	4%
(Núcleo simples	—	60,8%
Monocitos	—	9%
Linfocitos	—	16,4%
		100%

Fórma hemática: Anisocitose e anisocromia acentuadas. — Polieromasia e poiquilocitose moderadas.

Em Maio de 1939.

Hematias	—	3.460.000 por mm ³ .
Leucocitos	—	9.625 por mm ³ .
Hemoglobina	—	34% (Sahli).
Valor globular	—	0,61%.

Fórmula leucocitária (Schilling):

Eosinofilos	—	3,4%
Basofilos	—	0,4%
(Mielocitos	—	0,0%
Neutrofilos (Metamielocitos	—	0,0%
(Núcleo simples	—	8,6%
(Núcleo segmentado	—	64%
Monocitos	—	6,8%
Linfocitos	—	16,2%
		100%

Fôrma hemática: Anisocromia e anisocitose moderadas. Poucos poiquilocitos.

Dosagens (Uréia — 0gr.423 por litro.

(Cloreto — 5gr.615 por litro.

Reserva alcalina em CO² — 51,4 volumes %.

Curva de acidez (material: Suco gástrico):

Em jejum (acidez total (em HCl) — 0gr.073 por litro.

(ácido clorídrico livre — 0

Depois da injeção de 0,001 de histamina após 10, 20, 30, 45 e 60 minutos o ácido clorídrico livre foi sempre zero (0°, enquanto que a acidez total (em HCl) foi de 0gr..109, 0gr.102, 0gr.088, 0gr.080 e 0gr.506 por litro.

Urina (Ex. qualitativo).

Ex. físico: chama-nos atenção o aspecto turvo, deposito regular flocooso e a densidade de 1008.

Ex. químico: albumina (globulina, serina) traços levíssimos; pseudo-albumina traços levíssimos; sangue traços levíssimos; púina tem; escatól, urobilina, urobilinogênio normais; indoxil grande excesso; reação ao turnesól alcalina p H 7,6.

Ex. microscópico: células epiteliaes — muitas; hemátias — raras; plocitos — diversos; filamentos do muco — muitos bacteriária — regular. — Muitos gránulos de fosfato tri-cálcico.

DIAGNÓSTICO:

Inicialmente, foi lógo afastado, o diagnóstico provável de cancer do aparelho Uro-genital, pelo exame clínico, constatando-se, apenas, atresia do terço superior da vagina de origem senil.

Após, foi aventada a hipótese de um néo do aparelho digestivo, cujos resultados, em síntese, dos exames radioscópico e radiológico foram as seguintes conclusões: Aerogastria, Megabulbo com estase. Estase ileal. Aspecto de colite crônica intensa com redução de calibre do segmento descendente-sigmoide.

Tempos após, pensavam tratar-se de uma anemia gastrogena por dispepsia hipostênica, que foi depois afastada em face da recrudescência da sintomatologia e dos resultados falhos a despeito de todo o arsenal terapêutico.

Em face da sintomatologia, tornaram a pensar na provável existência de um processo patogênico do estômago ou duodeno, cujos resultados radioscópico e radiológico foram em conclusão: O estômago e duodeno se apresentam com os mesmos caracteres observados no último exame (hipotonia gástrica, megabulbo etc.).

E assim, por alguns meses, a paciente, com um espírito a toda a prova, continuava carregando a cruz de seus sofrimentos, enquanto a etiopatogenia pairava, ainda, a sombra de uma incognita. — Aborrecida já por fim, em ver que todos os tratamentos redundavam na ineficácia

de resultados, resolveu, ainda uma vez, ouvir a opinião de mais um médico, procurando então o Dr. Alfeu, no dia 4-6-939.

Guiados pela exacerbação do síndrome digestivo, verificado ultimamente, e pelo acrescimento de novos sintomas de suma importância — forte constipação, só cedendo à grandes lavagens intestinais, defeza e dor a compressão no hipocôndrio D. — foi-se levado a fazer o diagnóstico de tumor, de provável origem maligna, do hemicolon D.

Como meio comprobatório foram requisitados exames radiológicos do grosso intestino por enema, feitos pelo Dr. Pedro Maciel, cujo resultado foi o seguinte: Exame por enema — injeção de 1.500 cc. de sol. baritada, com perfeita tolerância. O líquido opaco injetado transita facilmente por todos os segmentos cólicos até o ceco. Aspetto espasmódico do descendente. Defeito de enchimento, permanente, ao nível do ascendente, com *imagem lacunar típica, de forma anular*. Céco dilatado.

CONCLUSÃO: — Aspéto radiológico de alterações parietaes ao nível do cólon ascendente, com características de processo infiltrativo do tipo neoplásico.

Firmado o diagnóstico, em Junho baixava ao hospital São Francisco.

A terapêutica pré-operatória foi de 3 dias, consistindo na continuidade do tratamento anti-anêmico e injeções, diárias, de 500 cc. de Sôro glicosado com 10 unidades de Insulina, hipodermicamente, e à tarde do dia que precedeu a intervenção, foi feita lavagem intestinal e assepsia da região.

Em narcose geral pelo éter, a paciente, foi passiva de uma laparotomia paramediana D., 1.º tempo da intervenção — íleo-transversostomia — que consistiu na secção do íleo junto ao cólon, com sepultamento do conto no ceco e anastomose do tipo latero-lateral da porção distal do íleo à parte média da face anterior do transverso.

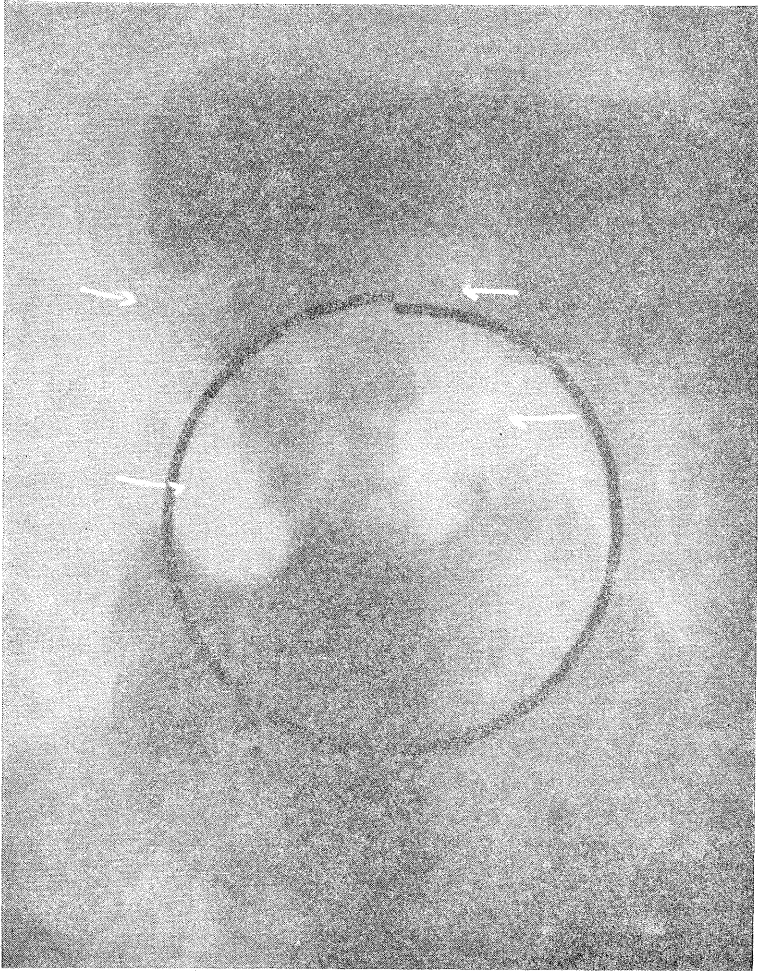
A terapêutica post-operatória, neste dia, consistiu em cardiotônicas de 3/3 horas, meio litro de Sôro fisiológico, NaCl hipertônico 20% — 20 cc., meio litro de Sôro glicosado com 15 unidades de Insulina e 1 ampôla de Trivalerina n.º 2 à noite; dieta absoluta. Durante os 3 dias seguintes foram feitas, ainda, os Sôro fisiológico, glicosado isotônico com Insulina e o hipertônico NaCl. A partir do 1.º dia de operada, foi dada a paciente, a dieta post-operatória dos gastrectomizados.

Ao lado desta terapêutica andou sempre o tratamento anti-anêmico pelos Extratos de fígado e ferro.

A paciente, apesar das condições desfavoráveis que apresentava seu organismo, teve um post-operatório ótimo com alta aos 12 dias da intervenção.

Durante mês e meio, tempo decorrido entre as duas intervenções, foi feito tratamento anti-anêmico. Neste lapso de tempo, a paciente, apresentou grandes melhoras como fossem o desaparecimento da sensação de mal estar, de enfartamento, regular funcionamento digestivo e evacuações normaes.

Em Agosto, de novo dava entrada no hospital, a paciente fazendo desta vez como tratamento pré-operatório, apenas, 500 cc. de Sôro gli-



cosado com 15 unidades de Insulina, lavagem intestinal e assepsia da região na véspera do ato cirúrgico.

Devido ao estado de nervosismo em que se encontrava a paciente, teve início a narcose geral pelo éter no leito, sendo, depois, já anestesiada, transportada para a sala de operações.

Atravez a cicatriz da incisão primitiva, paramediana D., foi feito êste 2.^o tempo da intervenção — hemicolecotomia D — que consistiu na exeresse de todo o cólon ascendente e em continuidade a terça parte do cólon transverso.

Hora e meia após a intervenção era a paciente subitamente acometida de uma crise da "moléstia post-operatória de Leriche", apresentando-nos esquemia profunda que se traduzia pela intensa palidez marmórea, suores abundantes, hipotensão, taquicardia, respiração superficial e extremidades frias. Felizmente, foi logo percebida a gravidade do caso e com a terapêutica feita Ouabaina, Ormocortina, Krinecort e aquecimento da paciente com cobertores e bolsas d'gua quente — foram logo debeladas as perturbações de ordem neuro-vegetativas e bioquímicas, tornando, a paciente, aos poucos a um estado mais animador, continuando não obstante, durante o dia todo, a inspirar-nos sérios cuidados.

A terapêutica post-intervenção medicamentosa e dietética foi observada a mesma do post-cirúrgico do 1.^o tempo desta intervenção.

O post-operatório desta 2.^a intervenção foi bastante sério, pois, o choque operatório não só se fez sentir pelo depauperamento orgânico mas, mais pelo traumatismo operatório em face das grandes aderências do céco à parede posterior, que avançavam até a loja renal D.

Não obstante aos 14 dias de operada deixava o hospital com ótima disposição.

Para confirmação do diagnóstico, mandou-se a peça retirada, ao Instituto Anatomico Patológico, do Dr. Waldemar Castro, cujo resultado do Ex. Histo-Patológico foi:

Material: cólon ascendente.

Aspecto anatomo-clínico: cancer.

Aspecto-histo-patológico: os cortes demonstram que se trata de um processo blastomatoso, de caráter invasor e destrutivo, formado a custa do epitélio glandular do intestino, que se dispõe em formações tubulares com pequenas zonas em degeneração colóide.

Diagnóstico: adeno-carcinoma, com zonas colóides, do intestino.

Tres meses após a última intervenção, a paciente, comunicava-nos de que realmente se encontrava curada, pois, que já havia aumentado 4 quilos.

Mais tarde, quando eram decorridos 6 meses do ato cirúrgico, foi com grande satisfação que constatamos um aumento de 16 quilos na nossa paciente, bôa disposição e até mesmo, relativamente, uma bôa cor dos tegumentos e mucosas, pois não mais apresenta a típica coloração amarelo-palha dos cancerosos.

Atualmente, decorridos 12 meses, fomos informados pelo médico

assistente da paciente. Dr. Othon Freitas, apresentar a mesma um aumento de 22 quilos.

ESTATÍSTICA

Segundo o Prof. Gosset, o importante e difícil, na hemicolectomia D. por cancer, é conciliar a benignidade operatória e a extensão da exeresse. Êstes dois elementos se opõe, mas sua importância é igual e nenhum poderá ser negligenciado.

Quanto as estatísticas, diz êle, que as mesmas deveriam ser baseadas nos sobreviventes, após longo tempo, em relação à totalidade dos casos observados e não um relatório do número de operados ou operatóriamente curados.

E' o cancer do cólon, o mais frequente dos cancers do tubo digestivo, depois dos do estômago e réto.

A distribuição do carcinoma do cólon, verificada na estatística dos irmãos Mayo, no período de 1907 a 1936, é de 37,6% para o céco, cólon ascendente e ângulo hepático; 33,6% para o sigmoide; 17,7% para o ângulo esplênico e cólon descendente e de 11% para o cólon transverso.

Na clínica dos irmãos Mayo (1934), vemos a percentagem das "curas estáveis", ultrapassando o 5.º ano, atingir cerca de 52% para os cancers do céco-cólon; 40% para o sigmoide; 49% para o transverso; 36% para o rétro-sigmoide, resultados superiores aos do cancer retal.

O Prof. Luiz Ramond, fala em 40% de sobreviventes após 2 anos à hemicolectomia D.

Quanto ao tipo de anastomose preferível na ileo-transversostomia tem sido a termino-lateral, verificada através as estatísticas das clínicas — Mayo 57% dos casos; Salpêtrière 52%; Turner 62% e John Hopkins Hospital 49%.

São unânimes as estatísticas em afirmar ser a "hemicolectomia D. por cancer", muito mais benígna quando efetuada em dois tempos, isto é, quando se tem feito a ileó-transversostomia prévia.

Leriche, também afirma como um dos princípios básicos na cirurgia dos tumores do cólon: "não se deve praticar nenhuma intervenção cirúrgica cuja finalidade seja extirpar um segmento cólico, quando o enfermo se ache em estado de oclusão intestinal, ainda que seja incompleta".

O Prof. Gosset, diz estar a ileó-transversostomia prévia indicada em 75% dos casos por existir concomitantemente uma obstrução ou infecção mais ou menos latente cuja consequência é a origem da mortalidade da hemicolectomia em um tempo.