

Hemipelvectomy externa ampliada para tratar adenocarcinoma de sigmóide

Extended external hemipelvectomy for sigmoid adenocarcinoma treatment

RODRIGO RIBAS DIAS DOS REIS, TCBC-SP¹; LUCIANE SCHIAVINATTO²; MÁRIO LUIS TELLES³; ADRIANA ELIZA BRASIL MOREIRA⁴; JOÃO PAULO AGUIAR JORDÃO MAINARDI⁵

INTRODUÇÃO

Os adenocarcinomas colon-retais são tumores essencialmente cirúrgicos, nos quais as ressecções ampliadas (RA), em pacientes com doença localmente avançada exclusiva, são justificáveis em termos de sobrevida, desde que se consiga margens livres. Devido à rápida evolução desfavorável e a impossibilidade de resolver clinicamente a fístula e o abscesso transtumoral, nos sentimos motivados a tentar uma ressecção extremamente rara e curativa. Há escritores de poucos relatos na literatura de uma operação tão radical para tratar tumores colon-retais nos a escrever este relato de caso.

RELATO DO CASO

Paciente com 68 anos, internado por suposto abscesso de partes moles em flanco esquerdo, necrose de pele e grande quantidade de material purulento. Emagreceu sete quilos em dois meses.

Paciente prostrado, com flexão autóloga da coxa esquerda, edema importante de membro inferior esquerdo (MIE). Pulsos arteriais normais. Presença de grande massa abdominal abaulando a parede hipogástrica, fixa, de 16 cm, com dor à palpação e descompressão brusca negativa. Houve piora do hemograma (desvio à esquerda) no quinto dia de internação, apesar dos antibióticos: Ceftriaxona e Clindamicina (IV). Evoluiu rapidamente para fascíte necrosante (Síndrome de Fournier) no sétimo dia.

A tomografia de abdome total mostrava massa tumoral abdominal invadindo: parede pélvica esquerda (osso íntegro), os dois músculos retos do abdome no terço inferior e com enfisema subcutâneo, sugestivo de tumor de reto-sigmóide localmente avançado e fistulizado. Sem ascite, nódulos hepáticos ou hidronefrose (Figura 1). A retosigmoidoscopia evidenciou lesão exofítica, ulcerada, a 38 cm da borda anal. Realizado

biópsias que comprovou adenocarcinoma grau II de sigmóide.

O paciente autorizou colostomia e/ou amputação interílio-abdominal (AIIA) esquerda ampliada (hemipelvectomy externa ampliada). Não tolerou preparo intestinal.

A laparotomia exploradora, para definir ressecabilidade, com incisão oblíqua esquerda adequada para ser transformada em hemipelvectomy externa, se necessário, mostrou lesão tumoral sigmoideana invadindo vasos ilíacos, íleo proximal, parede anterior e pelve esquerda, sem focos peritonias. O ureter esquerdo e bexiga estavam livres. Realizado retosigmoidectomia à Hartmann monobloco com delgado (12cm), vasos ilíacos comuns esquerdos (ligados abaixo da bifurcação da Aorta), todo o membro e a pelve esquerda (Figura 2), pele, fístula, músculos retos abdominais distais e peritônio do quadrante inferior esquerdo da cavidade, tudo em monobloco. Reconstrução com retalho músculo-fasciocutâneo glúteo, clássico da AIIA, associado a retalho de peritônio e de epíplon para isolar as alças intestinais da tela de Marlex de polipropileno de 25 X 15 cm. Enteroentero anastomose latero-lateral para reconstrução de intestino delgado, colostomia esquerda e dreno túbulolaminar.

O paciente evoluiu bem, sem transfusão sanguínea, em procedimento de sete horas. Não necessitou UTI. Aceitou a dieta precocemente. Teve alta no 16º pós-operatório por razões sociais. O exame anátomo-patológico (pT4pNopMx, estadió clínico II), confirmou adenocarcinoma com a invasão das estruturas adjacentes. Foram encontrados somente 12 linfonodos na peça, sem comprometimento tumoral. Invasão perineural(-), Linfática(-) e vascular(-). Margens livres.

Paciente não tolerou adjuvância quimioterápica com 5-Fluoracil e leucovorim por toxicidade (diarréia, desidratação, hipocalcemia e internação) nos dois ciclos realizados. Está livre de doença há três anos e dois meses e não deseja reconstrução de trânsito.

Trabalho realizado na Santa Casa de Piracicaba- SP-BR.

1. Cirurgião Oncológico da Santa Casa de Piracicaba- SP-BR; 2. Residente de Cirurgia Plástica da PUC Campinas – SP-BR; 3. Ortopedista da Santa Casa de Piracicaba – SP-BR; 4. Cirurgiã de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de Piracicaba – SP-BR; 5. Cirurgião Geral e Torácico formado pela Unicamp – SP-BR.

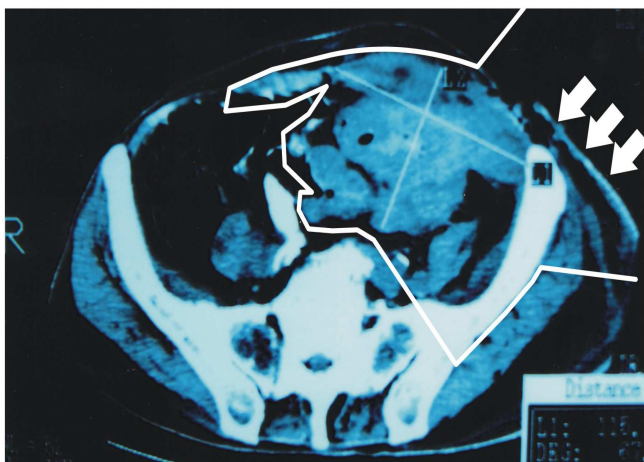


Figura 1 - Setas mostram enfisema subcutâneo da fístula e a linha mostra o nível de ressecção, incluindo pelve esquerda, vísceras e músculos retos abdominais.

DISCUSSÃO

A hemipelvectomy externa ou amputação interfúlio-abdominal trata-se da amputação de um dos membros inferiores monobloco com toda a hemipelve, que é seccionada próximo à articulação sacro-ílica. O procedimento é classicamente usado no tratamento cirúrgico de grandes tumores ósseos ou sarcomas de partes moles da pelve.

Os artigos que discutem sobrevida em ressecções ampliadas (RA) colon-retais normalmente usam o estadiamento de Dukes modificado por Gunderson-Sosin¹⁻²: B3 (T4No) e C3 (T4N1-2). No passado, a RA em monobloco foi sugerida por Moynihan em 1926, e teve sua aplicabilidade estatisticamente comprovada por Sugarbacker em 1946² com 56% de sobrevida livre de doença em cinco anos.

Aproximadamente 5 a 10% das neoplasias colon-retais (NCR) são localmente avançadas e podem exigir RA¹⁻⁴. As RA curativas (B3 e C3) são seguras e com sobrevida similar às ressecções curativas tradicionais (B2=T3N0 e C2=T3N1-2)¹⁻⁴, sendo o status linfonodal o maior fator prognóstico²⁻⁴. A ressecção multivisceral é uma decisão tomada no intra-operatório, sendo que a aderência a estruturas ou órgãos vizinhos pode ser somente inflamatória¹⁻⁴. A dissecação para desfazer aderências do tumor (mesmo para obter congelação), é formalmente contra-indicada, sendo fator de mal prognóstico, piorando muito a sobrevida¹⁻⁴. A invasão comprovada por anátomo-patológico varia de 50% a 75%²⁻⁴.

O primeiro relato de hemipelvectomy associada à ressecção de tumor colon-retal é de 1997⁵.

O segmento colônico que mais frequentemente está associado à invasão de estruturas adjacentes é o sigmóide^{1-2,4}. Os órgãos mais comumente invadidos pelo cólon são justamente delgado e parede abdominal³.

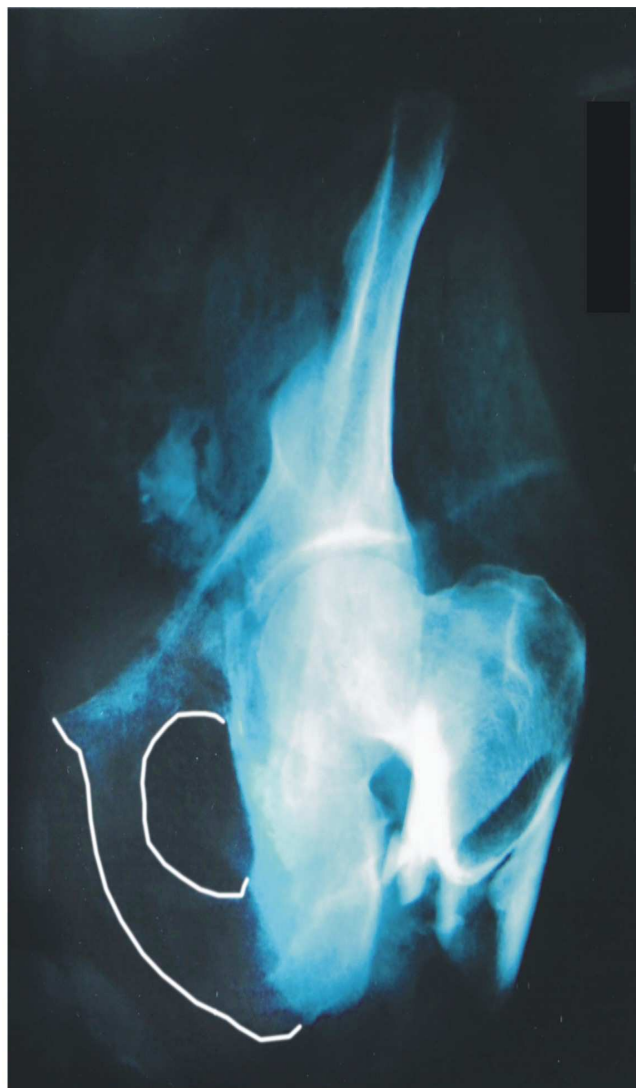


Figura 2 - Raio X da peça com secção do fêmur na altura do trocânter e com realce digital didático no ramo isquiopúbico.

A morbimortalidade em RA colon-retais é maior que nas ressecções tradicionais, variando de 20% a 42% de complicações³⁻⁴ e com mortalidade de 5% a 10% após a década de 80³⁻⁴. Tumores de reto tratados com exenterações pélvicas totais podem atingir morbimortalidade de 50% e 11%, respectivamente.

Os dados referentes a sobrevida em cinco anos de RA colon-retais são muito variáveis devido à heterogeneidade dos estadiamentos e das adjuvâncias. A sobrevida global em cinco anos de RA completas de tumores colon-retais localmente avançados, quando avaliados separadamente giram em torno de 44% a 62% para B3 e 0% a 38% para C3¹⁻³.

Os estudos são quase todos retrospectivos¹⁻³, com sobrevida global em cinco anos em torno de 50%⁴ e com altas taxas de complicações³, por isso não se recomenda RA para casos paliativos⁵, porém é necessário avaliar a relação custo-benefício em cada caso.

A B S T R A C T

Surgery is the most effective way of treating a locally advanced colorectal carcinoma and an extended en bloc resection is necessary to achieve the best overall survival rate. In this rare case, a multi-visceral resection was performed along with the entire lower left limb and left iliac bone for a sigmoid carcinoma. The T4N0M0 (B3) tumor involved the left iliac vessels, left pelvic wall, small bowel and both rectus muscles, besides presenting with a skin fistula. A Hartmann colostomy was also performed. Chemotherapy was interrupted because of toxicity. The patient is free of disease after 38 months. There are very few cases that describe an extended hemipelvectomy as part of a colorectal carcinoma treatment.

Key words: *Colorectal neoplasms. Hemipelvectomy. Adenocarcinoma. Colon, sigmoid.*

REFERÊNCIAS

1. Heslov SF, Frost DB. Extended resection for primary colorectal carcinoma involving adjacent organs or structures. *Cancer* 1988;62(8):1637-40.
2. Rowe VL, Frost DB, Huang S. Extended resection for locally advanced colorectal carcinoma. *Ann Surg Oncol.* 1997;4(2):131-6.
3. Luna-Pérez P, Rodríguez-Ramírez SE, De la Barrera MG, Zeferino M, Labastida S. Multivisceral resection for colon cancer. *J Surg Oncol.* 2002;80(2):100-4
4. Lehnert T, Methner M, Pollok A, Schaible A, Hinz U, Herfarth C. Multivisceral resection for locally advanced primary colon and rectal cancer: an analysis of prognostic factors in 201 patients. *Ann Surg.* 2002;235(2):217-25.
5. Lopes A, Rossi BM, Ferreira FO. Internal hemipelvectomy in the treatment of recurrent carcinoma of the colon: report of a case. *Dis Colon Rectum.* 1997; 40(12):1504-7.

Recebido em 20/08/2006

Aceito para publicação em 22/10/2006

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Como citar esse artigo:

Reis RRD, Schiavinatto L, Telles ML, Mainardi JPAJ. Hemipelvectomy externa ampliada para tratar adenocarcinoma de sigmóide. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2010; 37(5). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para Correspondência:

Rodrigo Ribas Dias dos Reis

E-mail: rodrix@bol.com.br