

INTRODUÇÃO

Apesar de esforços para detecção precoce e acompanhamento de pacientes operados por câncer de reto, tumores avançados, recidivas e envolvimento de órgãos adjacentes não são incomuns.¹ A recidiva pode constituir a evolução residual da doença primária, quando não foi possível a completa remoção à primeira cirurgia. Assim, o objetivo principal na abordagem de tumor retal é obter margens de ressecção circunferencial e distal livres.²

A recidiva pélvica do câncer de reto constitui desafio ao tratamento, com altas taxas de morbimortalidade e elevado custo econômico. A ressecção do segmento acometido aliada à excisão total do mesorreto (ETM) e à neoadjuvância tem sido preconizada, com redução das taxas de recidiva local.^{3,4}

Entre 3% a 35% dos doentes evoluem com recidiva local.⁵⁻⁷ Os fatores implicados nas diferentes taxas de recidiva são relacionados ao estadiamento da neoplasia, Margem cirúrgica, distância do tumor à linha pectínea, diferenciação celular, ocorrência de perfuração tumoral, tratamento neoadjuvante e a experiência do cirurgião influenciando a ocorrência de recidiva local.⁷

A sobrevida em cinco anos sem intervenção cirúrgica é menor que 5%, e o tempo médio de sobrevida é de sete meses.⁸ A sobrevida com ressecção cirúrgica varia de 20 a 30% em cinco anos.^{9,10} O tratamento com radioterapia e quimioterapia são métodos paliativos para os sintomas de dor pélvica, situações em que o tempo médio de sobrevida descrito na literatura é de 10 a 17 meses.^{9,11}

OBJETIVO

Analisar os casos de recidiva pélvica operados no Serviço de Coloproctologia do HC-Unicamp entre 1999 e 2010, destacando aspectos clínicos, cirurgias realizadas e seguimento dos doentes, na tentativa de identificar fatores que possam influenciar a ocorrência da enfermidade e analisar a experiência do Serviço no manejo da doença.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo retrospectivo descritivo, através da análise dos prontuários médicos dos pacientes, arquivados no Serviço de Arquivo Médico (SAM) do HC. Sobrevida global, sobrevida livre da doença, dados clínicos, estadiamento oncológico, cirurgia realizada inicialmente, ressecabilidade cirúrgica da recidiva e seguimento foram avaliados, aplicando-se análise estatística descritiva.

RESULTADOS

Foram pesquisados prontuários de 34 pacientes, 20 dos quais homens (58,82%). A média de idade dos pacientes à época do diagnóstico foi de 50,47 anos (27 - 70 anos); 53,65 anos (32 - 70 anos) entre homens e 46,07 anos (27 - 63 anos) entre mulheres.

O tempo médio de curso da doença até o momento da primeira cirurgia foi de 11,25 meses (1 - 15 meses). A média de tempo entre a primeira cirurgia e a época de diagnóstico da recidiva pélvica foi de 33,7 meses (6 - 108 meses).

O gráfico 1 ilustra as cirurgias realizadas inicialmente, a figura 1 esquematiza os respectivos procedimentos, a figura 2 mostra o aspecto endoscópico de tumor primário de um dos pacientes do estudo.

Em 10 casos (29,41%) havia ao menos um sítio de fixação local a estruturas adjacentes e em 5 (14,70%) havia perfuração intestinal. À primeira abordagem, 12 (35,29%) pacientes foram submetidos também à linfadenectomia intercavaoárctica. A terapia neoadjuvante foi feita em 20 pacientes (58,82%).

Cirurgias realizadas inicialmente

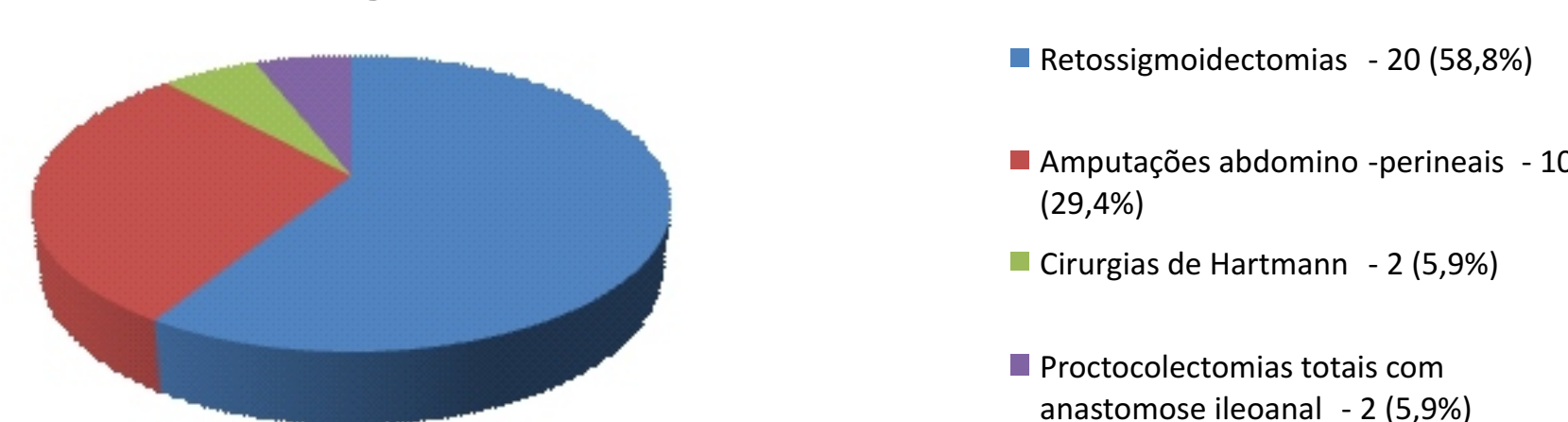


Gráfico 1: Abordagem cirúrgica inicial do adenocarcinoma de reto extraperitoneal.

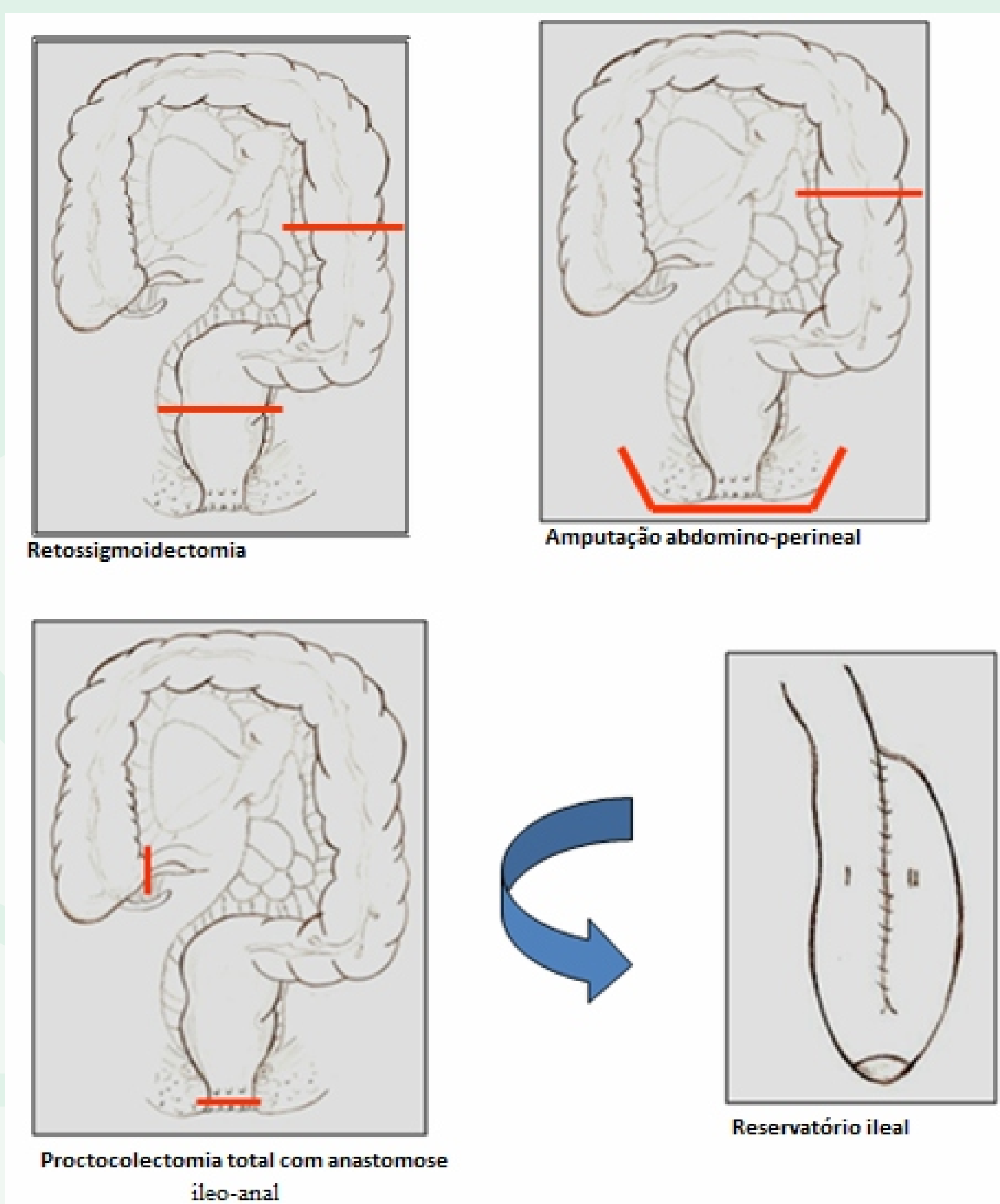


Figura 1: Esquemas dos procedimentos cirúrgicos

Os gráficos 2 e 3 apresentam as proporções entre os estadiamentos dos pacientes de acordo com a classificação TNM.



Gráfico 2: Estadiamento T.



Gráfico 3: Estadiamento N.

Ao laudo anátomo-patológico, linfonodos positivos (N1 ou N2) estavam presentes em 16 casos e margem cirúrgica comprometida em dois. O tipo histológico em todos os casos era adenocarcinoma. Quanto ao acometimento transmural do órgão, 24 (72,7%) eram T3 ou T4.

Foi possível ressecção da recidiva em 24 doentes, as cirurgias de ressecção realizadas estão descritas na tabela 1. As figuras 3 e 4 mostram imagens de adenocarcinomas recidivados.

| Cirurgias realizadas para abordagem da recidiva pélvica | Doentes | % |
|---|-----------|------------|
| Colectomia segmentar ou total e anastomose coloanal ou ileoanal | 8 | 33,3 |
| Amputação abdominoperineal do reto * | 8 | 33,3 |
| Exenteração pélvica | 5 | 20,9 |
| Cistoprostatectomia radical ** | 2 | 8,3 |
| Exérese de linfonodomegalia pélvica próximos aos vasos ilíacos | 1 | 4,2 |
| Total | 24 | 100 |

* Retirada de cóccix em dois doentes

** Exérese de vértebras sacrais e cóccix em um doentes

Tabela 1 - Tipos de ressecção cirúrgica para abordagem da recidiva pélvica.

O tempo médio de seguimento após a recidiva da cirurgia foi de 29,2 meses (2 - 186 meses), e a sobrevida global nesse período foi de 34,48% (10 pacientes). A taxa de ressecabilidade em cirurgias para recidiva pélvica foi de 70,6%.

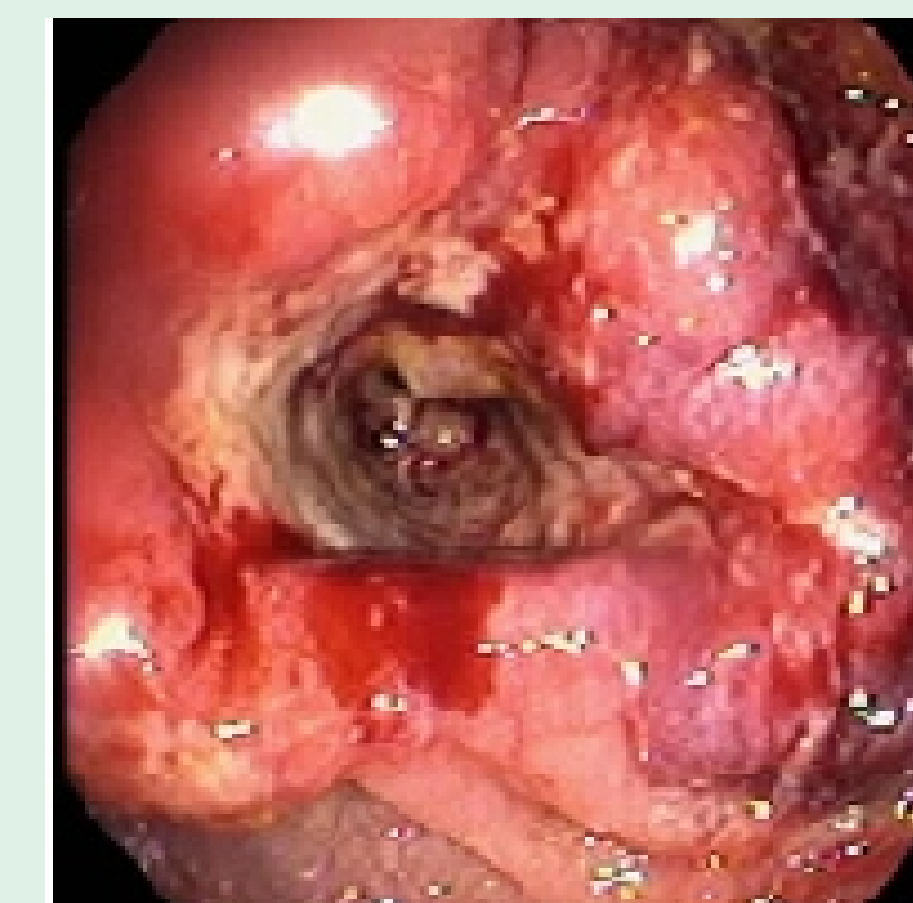


Figura 2: Aspecto endoscópico de tumor primário



Figura 3: Peça cirúrgica recidiva



Figura 4: Aspecto cirúrgico - exérese de recidiva pélvica

DISCUSSÃO

Uma limitação do trabalho foi a dificuldade na análise dos prontuários, 5 pacientes (14,70%) não continuaram o acompanhamento no HC-UNICAMP e não puderam ser localizados para obtenção de informações sobre a evolução da doença.

Dentre os pacientes analisados, 58,82% realizaram terapêutica neoadjuvante. A radioterapia pré-operatória pode erradicar possíveis partículas tumorais localizadas fora do mesorreto, levando a maior ressecabilidade tumoral e sobrevida.^{3,4,12,13}

Fator prognóstico importante para o câncer retal é o acometimento linfonodal. Pacientes com linfonodos livres de neoplasia apresentam maior sobrevida. É tendência a realização de linfadenectomia pélvica lateral estendida, com esvaziamento da fossa obturatória, obtendo menor taxa de recorrência tumoral. Entretanto, existem complicações associadas, sobretudo distúrbios sexuais e urinários, maior tempo cirúrgico e maior perda sangüínea no intra-operatório.¹⁴

Em nossa casuística, 16 pacientes (47,05%) apresentaram linfonodos positivos à análise anátomo-patológica e, à primeira cirurgia, 12 (35,29%) foram submetidos à linfadenectomia loco-regional. A informação sobre a realização ou não da linfadenectomia pélvica lateral não foi objeto da presente pesquisa, mas, para trabalhos futuros, seria aspecto importante para análise e entendimento da evolução.

A taxa de ressecabilidade da recidiva pélvica foi alta (70,58%), permitindo intervenção adequada para impedir a progressão da doença. A sobrevida global de 34,8% se situa em faixa próxima à encontrada na literatura (entre 35% e 57%).^{15,16}

Os achados foram compatíveis com a complexidade cirúrgica da recidiva. Em casos selecionados, com possibilidade de cura doença localizada na pelve e invasão óssea ressecável, sem comorbidades ou metástases à distância a cirurgia para recidiva pélvica do adenocarcinoma retal realizada em grandes centros pode melhorar a qualidade de vida de doentes com sintomas debilitantes e de difícil manejo clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferenschild, FTJ; Vermaas, M; Verhoef, C et al. Abdominosacral resection for locally advanced recurrent rectal cancer. British Journal of Surgery 2009; 96: 1341-1347.
2. Tallampas, P; Christodoulakis, M; Bree, E et al. Preoperative decision making for rectal cancer. The American Journal of Surgery 2010; Vol XX, No X.
3. Wibe, A; Rendedal, PR et al. Prognostic significance of the circumferential resection margin following total mesorectal excision for rectal cancer. Br J Surg 2002; 89(3):327-334.
4. Kapiteijn, E; Marijnen, CA et al. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. N Engl J Med 2001; 345(9):638-646.
5. Quirke, P; Durdey, P; Dixon, MF et al. Local recurrence of rectal adenocarcinoma due to inadequate surgical resection. Histopathological study of lateral tumor spread and surgical excision. Lancet 1986; 2(8514):996-9.
6. Rodell, C; Grabenbauer, G et al. Extensive surgery after high-dose preoperative chemoradiotherapy for locally advanced recurrent rectal cancer. Dis Colon Rectum 2000; 43:312-9.
7. Boyle, KM; Sagar, PM; Chalmers, AG et al. Surgery for locally recurrent rectal cancer. Dis Colon Rectum 2005; 48(5):929-937.
8. Shoup, M; Guillem, JG; Alekhtar, KM et al. Predictors of survival in recurrent rectal cancer after resection and intraoperative radiotherapy. Dis Colon Rectum 2002; 45(5):585-592.
9. Rao, AR; Kagan, AR; Chan, PM et al. Patterns of recurrence following curative resection alone for adenocarcinoma of the rectum and sigmoid colon. Cancer 1981; 48:1492-1495.
10. Yamada, K; Ishizawa, T; Niwa, K et al. Patterns of pelvic invasion are prognostic in the treatment of locally recurrent rectal cancer. Br J Surg 2001; 88:988-93.
11. Heriot, AG; Tekkis, PP; Darzi, A et al. Surgery for local recurrence of rectal cancer. Colorectal Disease 2006; 8:733-747.
12. Leal, RF; Ayrazono, MLS; Fagundes, JJ et al. Recidiva Pélvica de Adenocarcinoma de Reto. Abordagem Cirúrgica. Rev Bras Coloproct. 2008; 28(1):040-045.
13. Costa, SRP; Antunes, RCP et al. A exenteração pélvica no tratamento do câncer de reto estágio T4: experiência de 15 casos operados. Arq Gastroenterol 2007; 44(4): 284-288.
14. Fujita, S; Yamamoto, S; Akasu, T et al. Risk factors of lateral pelvic lymph node metastasis in advanced rectal cancer. Int J Colorectal Dis (2009) 24:1085-1090.
15. Vermaas, M; Ferenschild, FTJ; Verhoef, C et al. Total pelvic exenteration for primary locally advanced and locally recurrent rectal cancer. Eur J Surg Oncol 2007; 33: 452-8.
16. Moriya, Y; Akasu, T; Fujita, S et al. Aggressive surgical treatment for patients with T4 rectal cancer. Colorectal Dis 2003; 5:427-31.