

EXENTERAÇÃO PÉLVICA PALIATIVA

Palliative pelvic exenteration

ANTÔNIO HENRIQUE DE OLIVEIRA POLETTTO¹, ADEMAR LOPES²

RENÉ ALOISIO DA COSTA VIEIRA³.

Cinquenta anos após o seu aparecimento, a exenteração pélvica constitui o tratamento padrão para o tratamento de tumores pélvicos localmente avançados. Nos últimos anos, observou-se uma redução na mortalidade e morbidade cirúrgica, aumento nas indicações da cirurgia; associado a preservação esfinteriana, em casos selecionados. Relatamos um caso de exenteração pélvica paliativa, em paciente portador de tumor retal, com ótimo "performance", porém com doença metastática, inicialmente controlada com quimioterapia, com sobrevida de 41,9 meses.

Unitermos: Exenteração pélvica. Tumores pélvicos. Neoplasia. Metástase. Câncer colorretal. Cirurgia paliativa.

Keywords: Pelvic exenteration. Pelvic tumors. Neoplasm. Metastasis. Colorectal cancer. Palliative surgery.

Trabalho realizado na Divisão de Câncer Colorretal do Departamento de Cirurgia Pélvica do Centro de Tratamento e Pesquisa - Hospital do Câncer - A.C.Camargo.

1- Cirurgião Oncológico, Pós-graduando em Cirurgia, nível doutorado, pela F.M.USP.

2- Diretor do Departamento de Cirurgia Pélvica do Centro de Tratamento e Pesquisa - Hospital do Câncer - A.C.Camargo; Doutor em Oncologia pela F.M.USP.

3- Titular do Departamento de Emergência Pélvica do Centro de Tratamento e Pesquisa - Hospital do Câncer - A.C.Camargo; Pós-graduando em Oncologia, nível doutorado, pela F.M.USP.

Endereço para correspondência: Ademar Lopes; Departamento de Cirurgia Pélvica, Rua Professor Antônio Prudente, 211 - Liberdade - São Paulo - SP - Brasil; CEP: 01500-900; Fone/Fax: (0XX) (11) 3661-72-74; E-mail: lopesa@uol.com.br

Introdução

O tratamento dos tumores pélvicos localmente avançados representa um grande desafio aos cirurgiões. Mesmo com os avanços da radioterapia e quimioterapia, a cirurgia continua sendo a única possibilidade de cura para pacientes com tumores pélvicos primários e recorrentes.¹⁻⁶ Nas últimas décadas, o desenvolvimento das técnicas de anestesia e dos cuidados pós-operatórios permitiu a difusão e evolução no tratamento cirúrgico destes tumores, com diminuição nas taxas de mortalidade cirúrgica.²⁻⁴ Isto possibilitou uma flexibilização nas contra-indicações absolutas das exenterações pélvicas, permitindo, em casos selecionados, a realização de exenterações paliativas, visto o ganho de qualidade de vida^{5,6}.

Após a década de 80, foram realizadas no Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital do Câncer - A.C.Camargo 91 exenterações pélvicas, sendo apenas um paciente submetido ao procedimento paliativo, fato que nos levou ao presente relato.

Relato de Caso:

Paciente de 60 anos, com queixa de alteração do trânsito intestinal, sangramento anal, dor pélvica e emagrecimento há 1 ano. Ao exame físico foi observada a presença de lesão retal úlcero-vegetante anelar, endurecida em relação à parede pélvica e próstata, com início a 3cm da borda anal, intransponível pelo dedo examinador. A biópsia revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. O estadiamento pré-operatório mostrou a presença de pequenas metástases múltiplas pulmonares.

Submetido à radioterapia locorregional (5040cGy), associada à quimioterapia com 5-Fluorouracil e ácido folínico, ocorreu resposta completa das metástases pulmonares (controle tomográfico). A avaliação pré-operatória não observou comorbidades associadas. Devido à ótima resposta à quimioterapia, ausência de doenças associadas, optou-se por exenteração pélvica total paliativa.

A laparotomia evidenciou doença limitada à pelve, sendo neste tempo feita derivação urinária, tipo Bricker, e colostomia à esquerda, com ótima evolução pós-operatória. Transcorrido um mês, o paciente foi submetido à exenteração pélvica total, sem preservação esfinteriana. Em ambas as cirurgias não ocorreu morbidade associada. O anatomopatológico revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, com invasão de bexiga e próstata (pT4), ausência de doença metastática linfonodal (0/9 linfonodos), margens livres; e ausência de embolização linfática, sangüínea ou perineural. Não foi instituído tratamento adjuvante.

Permaneceu sem doença por 25,6 meses, ocorrendo então recorrência pélvica e pulmonar (parenquimatosa e paratraqueal). Foi submetido então à quimioterapia com 5 Fluorouracil, Ácido Folínico e Mitomicina C, ocorrendo progressão da doença e óbito subsequente. Apresentou sobrevida global de 41,9 meses.

Discussão:

A exenteração pélvica foi descrita inicialmente por Brunschwig em 1948 quando relatou benefícios desta cirurgia em tumores pélvicos localmente avançados, apesar de altas taxas de mortalidade perioperatória. Em 1952, Eugene Bricker, após utilizar diferentes técnicas, confirmou a eficácia do conduto uretero ileo cutâneo, importante etapa no desenvolvimento da exenteração pélvica.^{2,3}

A mortalidade cirúrgica inicialmente variava de 8 a 33%, com morbidade em torno de 75%. Após a década de 80, a mortalidade cirúrgica atingiu taxas de 0 a 20%, associada à queda concomitante na morbidade (50%). Houve aumento das taxas de sobrevida aos cinco anos, que passaram de 23 a 41% para 27 a 61%.^{2,3,4} Como fatores relacionados aos melhores resultados da cirurgia, observa-se a melhor avaliação pré-operatória, o desenvolvimento das técnicas

de anestesia, cuidados intensivos pré e pós-operatórios, uso racional de antibióticos e profilaxia da trombose venosa profunda.³

Em pacientes com tumores primários submetidos a exenterações pélvicas a ausência de fixação na parede pélvica, ausência de doença linfonodal e metastática, além da realização de ressecções completas, têm sido descritas como fatores prognósticos favoráveis.⁴ Por outro lado, na presença de doença recorrente, são descritos como fatores prognósticos favoráveis a realização de ressecções completas, e intervalo livre de doença longo.⁴

Foram inicialmente consideradas contra-indicações ao procedimento: (1)doença metastática fora da pelve; (2) envolvimento da raiz do nervo ciático; (3)invasão de estruturas vasculares maiores; (4) envolvimento da parede pélvica; (5)envolvimento sacral na doença recorrente; (6) múltiplos implantes pélvicos. Em várias situações a contra-indicação decorre de outros fatores como: reserva cardiopulmonar limítrofe, estado nutricional deficiente, sepse, infra-estrutura hospitalar, incapacidade psicológica, ou combinação destes fatores.^{4,5,6}

Devido à queda nas taxas de mortalidade e morbidade cirúrgicas, dificuldade no controle da dor; e limitações das terapêuticas adjuvantes, alguns serviços tem realizado, em casos selecionados, exenterações pélvicas paliativas. Observa-se relatos de pacientes submetidos a este procedimento na presença de obstrução ureteral, doença metastática em omento, e foco metastático em uma única viscera. Neste grupo de pacientes a sobrevida mediana varia de 15 a 20 meses.^{5,6}

Nas últimas décadas em nosso Serviço houve um aumento progressivo no número de pacientes submetidos à exenteração pélvica com intenção curativa, associado à queda nas taxas gerais de complicações e óbito pós-operatório. Nossa atual taxa de morbidade e mortalidade é de 56,8% e 11,4%, respectivamente. Isto nos permitiu uma flexibilização das indicações cirúrgicas, visto, neste caso, ótima resposta pulmonar com quimioterapia. Outro fato que deve ser observado é o escalonamento cirúrgico, sendo inicialmente realizadas as ostomias, posteriormente a exenteração pélvica em um segundo tempo. Este fato, aparentemente, nos permite diminuir as complicações do procedimento definitivo, e queda da mortalidade, mas tal dado encontra-se em validação. A exenteração pélvica, mesmo que paliativa, determinou 25,6 meses livres de doença, e possibilitou indiscutível ganho de qualidade de vida.

Nestes termos, a morbidade de remover cirurgicamente quase todos órgãos pélvicos deve ser compensada pela intenção de oferecer o controle local do tumor, o aumento na sobrevida e, principalmente, a possibilidade de cura para tumores primários e recidivados, devendo as indicações paliativas serem julgadas individualmente, em função do real ganho adquirido pelo paciente, devendo-se pesar as comorbidades associadas em relação aos benefícios gerados pelo controle local da doença.^{4,5,6}

Summary

Fifty years after the development of pelvic exenteration, the operation remains a gold standard in the surgical management of locally advanced pelvic malignancy. In the last years, we have observed a reduction on morbidity and mortality, increase of the indications for surgery, associated to sphincteral preservation, in selected cases. We report a case of palliative pelvic exenteration, in a patient with a rectal cancer, good performance status, but metastatic disease initially controlled by chemotherapy, who had a 41,9 months survival.

Referências bibliográficas

1. Brunschwig A. Complete excision of pelvic viscera for advanced carcinoma. Cancer 1948; 1:177-83.
2. Lopez MJ, Standiford SB, Shibba JL. Total pelvic exenteration: a 50-year experience at the Ellis Fischel Cancer Center. Arch Surg 1994; 129:390-5.
3. Goldberg JM, Piver S, Hempling RE, et al. Improvements in pelvic exenteration: factors responsible for reducing morbidity and mortality. Ann Surg Oncol 1998; 5:399-406.
4. Crowe PJ, Temple WJ, Lopez MJ, et al. Pelvic exenteration for advanced pelvic malignancy. Semin Surg Oncol 1999; 17:152-60.
5. Deckers PJ, Olsson C, Willims LA, et al. Pelvic exenteration as palliation of malignant disease. Am J Surg 1976; 131:509-15.
6. Brophy PF, Hoffman JP, Eisenberg BL, et al. The role of palliative pelvic exenteration. Am J Surg 1994; 167:386-90.