

# ABORDAGEM CIRÚRGICA DA OBSTRUÇÃO MALIGNA, AGUDA, DO COLON ESQUERDO O DECLÍNIO DA COLOSTOMIA

A. MENDES DE ALMEIDA, C. WINSTON GRACIAS, N. MEDINA DOS SANTOS, F. JOSÉ ALDEIA  
Faculdade de Medicina de Lisboa. Hospital Universitário de Santa Maria. Cirurgia IIIB. Lisboa.

## RESUMO

Uma colectomia subtotal num colon esquerdo em obstrução aguda, num só tempo, melhoraria não só a qualidade de vida do doente como encurtaria o seu tempo de hospitalização. Níveis de mortalidade proibitivos são, no entanto, vulgarmente atribuídos a semelhante abordagem. Neste estudo é analisada a experiência do autor senior comparando os níveis de morbilidade e mortalidade operatórias e a duração do período de hospitalização de colectomia subtotal uni-estadiada e ressecção multi-estadiada. Entre Janeiro de 1973 e Setembro de 1990 quarenta e nove de 291 carcinomas colorectais (17%) foram internados por obstrução esquerda aguda, necessitando cirurgia de urgência. Colostomia, como único tratamento, foi a cirurgia em 18 (37%), colectomia multi-estadiada em 20 (41%, Grupo A) e colectomia subtotal num só tempo em 11 (22%, Grupo B, todos depois de 1979). Ambos os grupos eram comparáveis no que diz respeito a distribuição por sexo e idade, estadiamento TNM e classificação ASA. A mortalidade e morbilidade operatórias foram 10% e 30% no grupo A, 9% e 18% no grupo B, respectivamente. O tempo médio de permanência hospitalar foi de 21.25 dias (14-30) no grupo A, 9.18 dias (7-14) no grupo B. Sempre que uma equipe cirúrgica experiente está envolvida e na ausência de contra-indicações (factores locais impedindo uma dissecação rápida, instabilidade hemodinâmica, gangrena intestinal) uma colectomia subtotal uni-estadiada, beneficiando de uma anastomose com melhores condições de cicatrização, acarreta níveis de morbilidade e mortalidade operatórias perfeitamente aceitáveis, melhorando, no entanto, a qualidade de vida e encurtando o período de internamento hospitalar. Deve ser encarado como um método de eleição sempre que experimentados critérios selectivos e adequadas capacidades técnicas sejam respeitadas.

## SUMMARY

### One-stage subtotal colectomy in the management of acutely obstructed left colon cancer

One-stage subtotal colectomy of an acutely obstructed left colon would improve quality of life while shortening the length of hospitalization. Prohibitive mortality rates, however, are ascribed to such an approach. Analyzing the Senior Author's experience we compared the one-stage approach versus the multi-stage resections concerning operative mortality and morbidity rates and the duration of hospitalization. Forty-nine of 291 (17%) large bowel cancers presented acute left-sided obstruction requiring emergency surgery. Colostomy alone was performed in 18 (37%), multi-stage colectomy in 20 (41%, Group A) and one-stage subtotal colectomy in 11 (22%, Group B, all of them after 1979), the years under scrutiny being from 1973 through Sept. 1990. Both groups were comparable in age and sex distribution, TNM staging and ASA classification. Operative mortality and morbidity rates were 10% and 30% in Group A, 9% and 18% in Group B, respectively. The average length of hospitalization was 21.25 days (14-30) in Group A, 9.18 days (7-14) in Group B. Whenever an experienced surgical team is available and in the absence of contra-indications (local factors precluding a swift dissection, hemodynamic instability, gangrenous bowel) a one-stage subtotal colectomy, taking advantage of a better healing ileo-sigmoid or ileo-rectal anastomosis, carries acceptable mortality and morbidity rates while enhancing the quality of life and shortening the length of hospitalization. It should be considered the choice procedure, provided selection requirements and technical demands are met. An evaluation of the Senior Author's team experience (1973-90) in the management of acutely obstructing left colon cancer (49/291 or 17%) provides information on multi-stage resections and one-stage subtotal colectomy (Group A and B) as regards operative mortality (10% in Group A, 9% in Group B) as well as length of hospitalization (21 days in Group A, 9 days in Group B). Although it is not suggested that one-stage subtotal colectomy should be a routine measure, it is felt to be the procedure of choice, provided selection requirements and technical demands are met.

## INTRODUÇÃO

A percentagem de carcinomas colo-rectais surgindo na clínica em obstrução total decresceu de 36%, tal como referido nos anos vinte<sup>1</sup>, para cerca de 15% (9%-27%) na passada década<sup>2-6</sup>, ocorrendo a esmagadora maioria das lesões originando este quadro clínico na metade esquerda do colon. Apesar da melhoria tecnológica e dos contínuos esforços,

permanentemente desenvolvidos e aperfeiçoados, para atingirmos um diagnóstico de carcinoma colo-rectal em fase inicial de desenvolvimento, esta percentagem permanece em níveis elevados. Esta aparente dificuldade, sugerindo um comportamento peculiar destes tumores como também o seu conhecido pior prognóstico, quando comparados com tumores não obstrutivos<sup>2-4</sup>, justificam a hipótese de que um comportamento biológico particularmente agressivo caracteriza

estas lesões<sup>6</sup>. Parece, pois, razoável especular que uma ressecção imediata, em vez de uma abordagem multi-estadiada, teria um impacto benéfico na sobrevivência a longo prazo<sup>7,8</sup>. Por outro lado, uma ressecção imediata seguida de uma anastomose primária sem colostomia, ainda que não prolongasse a sobrevida<sup>9</sup>, originaria não só um substancial encurtamento do período de hospitalização e correspondentes encargos como também uma significativa melhoria na qualidade da sobrevivência de doentes cuja esperança de vida já se encontra ameaçada.

Uma abordagem como a descrita é universalmente aceite como a mais correcta em face de tumores obstrutivos localizados na metade direita do colon, mas ainda encarada como proibitivamente arriscada na manipulação de tumores da metade esquerda, para os quais a clássica ressecção multi-estadiada<sup>10</sup> continua a ser preferida por muitos cirurgiões. Durante a passada década, no entanto, num significativo número de trabalhos<sup>11-18</sup> foram publicados níveis de morbimortalidade operatória encorajadoramente baixos após colectomia subtotal de emergência, num só tempo. Este tipo de manipulação cirúrgica beneficiaria não apenas da vantagem de melhores condições de cicatrização da anastomose ileo-sigmoideia ou ileo-rectal<sup>19</sup> mas também da remoção concomitante e imediata da totalidade do segmento intestinal obstruído e séptico. Estes factores favoráveis justificariam o baixo nível de complicações sépticas, contrariamente ao que é razoável esperar de uma anastomose colo-colónica ou colo-rectal em intestino não preparado.

Analisando retrospectivamente a experiência do grupo liderado pelo autor senior no tratamento desta entidade clínico-patológica avaliámos e comparámos a ressecção multi-estadiada e a colectomia subtotal com anastomose primária tentando encontrar resposta para as seguintes questões:

1) Há alguma diferença nos níveis de morbidade e mortalidade operatórias e correspondente tempo de permanência hospitalar?

2) Terá uma colectomia subtotal um impacto significativamente negativo na frequência e tipo de dejeções diárias numa população em quem, atendendo ao nível etário predominante, é razoável esperar perturbações, embora sub-clínicas, da função esfinteriana ano-rectal?

## DOENTES E MÉTODOS

Durante o período decorrido entre Janeiro de 1973 e Setembro de 1990 foram operados, sob a responsabilidade directa do autor senior, 291 doentes com diagnóstico, histologicamente confirmado, de adenocarcinoma do colon e recto, 59 (20%) dos quais internados pela urgência com o quadro clínico de obstrução colónica aguda. Quarenta e nove destes doentes (17% do total, 83% dos obstruídos) vieram ao hospital com obstrução esquerda completa, tal como diagnosticados clinicamente e confirmado em radiogramas abdominais simples e/ou clister baritado. Todos foram submetidos a cirurgia dentro de 24 a 48 horas após o internamento hospitalar, pelo mesmo grupo cirúrgico. São estes doentes que constituem a base deste estudo (Fig. 1). A liderança do grupo pertenceu ao autor senior (ACMA) ao longo dos anos escrutinados tendo os outros autores passado a seus colaboradores directos após terem feito treino pós-graduado sob a sua supervisão. Estas características concedem à série em análise um conjunto de critérios e capacidades técnicas perfeitamente uniforme ao longo dos anos, minimizando, assim, os inconvenientes que habitualmente inquinam as avaliações retrospectivas. Todos os doentes foram internados, sem qualquer critério de selectividade, pela urgência do Hospital Universitário de Santa Maria onde o nosso grupo está em

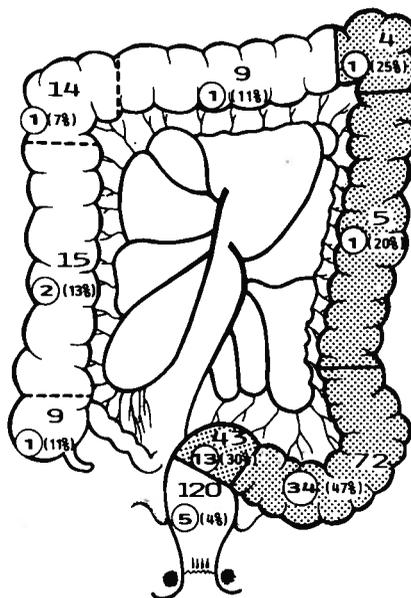


Fig. 1 — Distribuição de 291 adenocarcinomas ao longo dos diferentes níveis do colon e recto (experiência do *team* do autor senior). Os algarismos dentro dos círculos indicam o número de tumores em obstrução aguda com as correspondentes percentagens entre parêntesis.

serviço 15 a 20 vezes por ano, durante períodos de 24 horas.

A figura 1 mostra as percentagens das lesões obstrutivas ao longo dos vários níveis do colon, pondo em evidência as que constituem a base desta análise (ângulo esplênico, descendente, sigmoideia e junção rectosigmoideia). Cinco carcinomas do recto, num total de 120 (4%), não foram incluídos neste estudo, visto que uma das modalidades terapêuticas em análise — colectomia subtotal num só tempo — implicaria, necessariamente, uma proctocolectomia seguida de anastomose ileo-rectal baixa ou ileo-anal, modalidades que não consideramos adequadas em doentes cujo grupo etário se situa, predominantemente, acima dos 60 anos.

Todos os doentes foram operados após correcção de eventuais desequilíbrios hidro-electrolíticos ou ácido/básicos. Da mesma forma, plasma, glóbulos vermelhos ou sangue total foram administrados, em preparação pré-operatória, quando necessário e de acordo com parâmetros clínicos e/ou laboratoriais. Uma irrigação rectal distal com soro fisiológico e betadine bem como antibioterapia profilática sistémica, iniciada durante a indução anestésica e suspensa 24 a 48 horas no pós-operatório, foram rotina. A antibioterapia foi mantida para além do período mencionado em face de indicação clínica para administração prolongada.

Dezanove destes doentes foram operados entre 1973 e 1979 tendo os restantes sido submetidos a cirurgia após 1979 (Fig. 2). Até finais de 1979 foi nossa norma executar uma transversostomia descompressiva como tempo inicial, adiando a ressecção tumoral para um segundo tempo e, eventualmente, removendo a colostomia numa terceira operação. Depois de 1979 tentámos, por princípio, ressecar o tumor inicialmente, por intermédio de uma colectomia subtotal seguida de ileo-sigmoidostomia baixa ou ileo-rectal alta. Em nove doentes, no entanto, uma ressecção em dois ou três tempos foi julgada mais apropriada. Em dois deles um tumor em estágio avançado, aderente a estruturas vizinhas (retroperitoneu e parede abdominal postero-lateral), impediu uma dissecação fácil e rápida. Num outro doente a existência de peritonite difusa, secundária a perfuração gan-

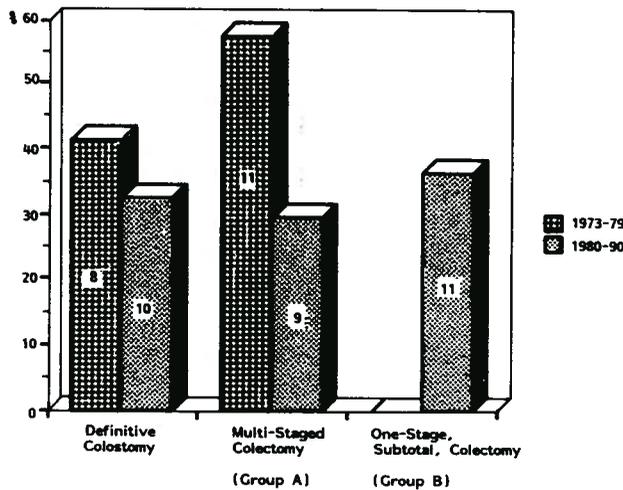


Fig. 2—Abordagens cirúrgicas a 49 tumores do colon esquerdo em obstrução aguda (1973-90). Todos os doentes do grupo B foram operados após 1979.

grenosa do colon distendido, contraindicava a construção duma anastomose e em seis outras ocasiões, na ausência do autor senior, foi julgada mais segura a abordagem classicamente considerada como tal. Uma colostomia descompressiva, como único tratamento cirúrgico, foi efectuada, pelos motivos expostos no Quadro 1, em 18 doentes. Vinte doentes submetidos a ressecção multi-estadiada (12 em três tempos e 8 em dois tempos) formam o grupo A e 11 doentes operados com colectomia subtotal (dez) ou total (um), num só tempo, formam o grupo B, constituindo a base desta análise (Fig. 2). Ambos os grupos eram comparáveis no que diz respeito à distribuição de risco ASA (American Society of Anesthesiology) (Fig. 5), em que I significa um indivíduo saudável, II doença sistémica sem défice funcional significativo, III doença sistémica com nítido deficit funcional, IV grave doença sistémica, constituindo uma constante ameaça à vida e V um doente moribundo com improvável sobrevivência às 24 horas, com ou sem cirurgia. A localização dos tumores ressecados (grupos A e B) era como se mostra na figura 6. As ileo-sigmoidostomias foram efectuadas num só plano de pontos separados utilizando um método fechado de anastomose *asséptica*<sup>21</sup> e a ileo-proctostomia pelo método clássico aberto, igualmente num só plano de pontos separados, em face de dificuldade de aplicar com segurança os clamps necessários para a técnica *asséptica*, para além da reflexão peritoneal. Um cuidadoso *Follow-up* foi mantido em todos os doentes, consistindo em exame clínico, medições do CEA, bioquímica hepática e ultrassonografia abdomino-pélvica cada 6 a 12 meses. TAC, rectossigmoidoscopia ou colonoscopia foram efectuados de acordo com critérios clínicos.

As causas de morte foram estabelecidas quer em recidurgia ou em exame postmortem.

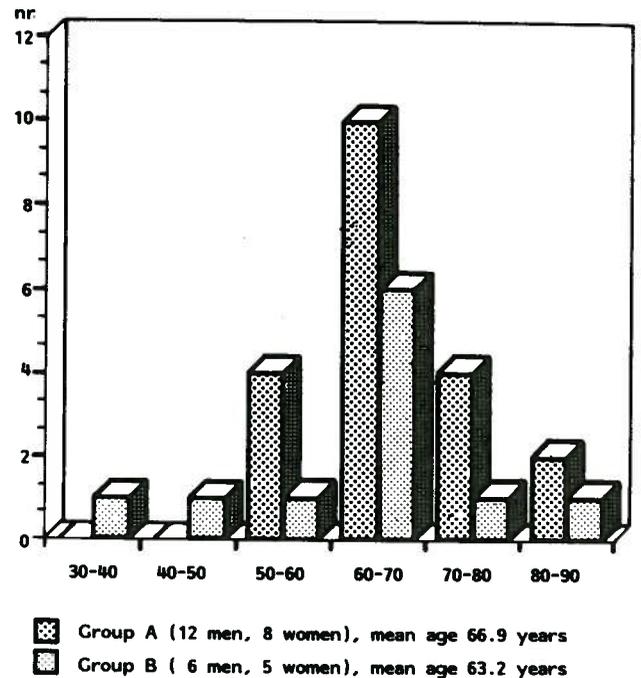


Fig. 3—Distribuição por sexo e idade em 31 doentes cujas lesões tumorais, em obstrução aguda, foram ressecadas (Grupos A e B).

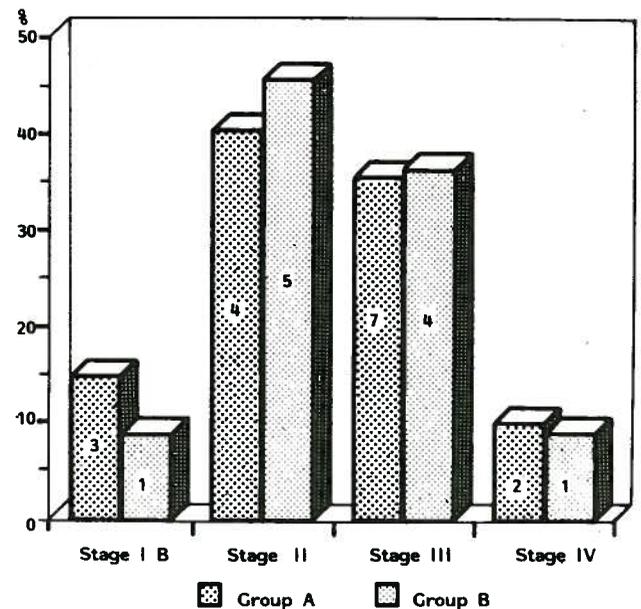


Fig. 4—Estadiamento TNM de 31 tumores ressecados (Grupos A e B).

QUADRO 1—Motivos pelos quais uma colostomia descompressiva ficou como único e definitivo tratamento cirúrgico em 18 doentes

Motivo	1973-79	(N = 19)	1980-90	(N = 30)
• Doença terminal, disseminação	2	(11%)	3	(10%)
• Contraindicação Médica para Cirurgia <i>Major</i> (deficiência Cardíaca, Respiratória ou Renal em população Idosa)	3	(15%)	3	(10%)
• Irressecabilidade	2	(11%)	2	(6,6%)
• Recusa do Doente	1	(5%)	2	(6,6%)
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>(42%)</b>	<b>10</b>	<b>(33%)</b>

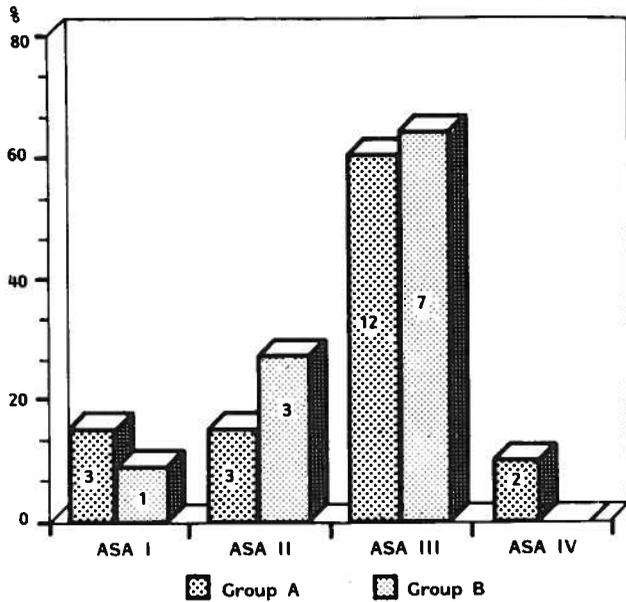


Fig. 5 — Classificação de risco ASA (American Society of Anesthesiology) de 31 doentes submetidos a ressecção de tumores do colon esquerdo em obstrução aguda (Grupos A e B).

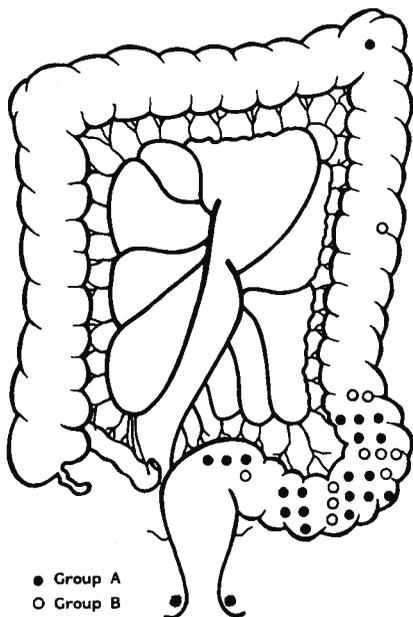


Fig. 6 — Localização de tumores do colon esquerdo em obstrução aguda submetidos a ressecção multi-estadiada (Grupo A, n=20) e colectomia subtotal ou total (Grupo B, n=11).

RESULTADOS

Os índices de morbidade e mortalidade operatórias bem como as causas de morte, ocorrendo até 30 dias após cirurgia, estão evidenciados no Quadro 2. A mortalidade operatória em colectomia subtotal de urgência, num só tempo, tal como publicada por vários autores e na presente série mostram-se no Quadro 3. A figura 7 põe em evidência o tempo médio de permanência hospitalar postoperatória, o qual foi mais que 2 vezes o número de dias no grupo A (cumulativo).

QUADRO 3 — Mortalidade operatória de colectomia subtotal, de urgência, num só tempo por carcinoma obstrutivo de colon esquerdo

Referência	Ano	N.º	Mortalidade (%)
Valerio e Jones <sup>11</sup>	1978	5	0
Klatt et al <sup>12</sup>	1981	5	0
Glass et al <sup>13</sup>	1983	7	1 (14%)
Deutsch et al <sup>14</sup>	1983	14	1 (7%)
Weddel et al <sup>15</sup>	1983	12	1 (8%)
Adloff et al <sup>16</sup>	1984	13	1 (8%)
Feng et al <sup>17</sup>	1987	15	1 (7%)
Halevly et al <sup>18</sup>	1989	22	1 (4.5%)
Série Pessoal	1990	11	1 (9%)
<b>Total</b>		<b>104</b>	<b>7 (7%)</b>

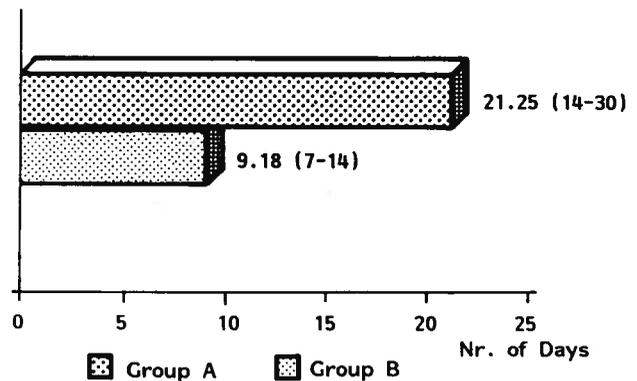


Fig. 7 — Tempo médio de permanência hospitalar em doentes dos Grupos A (ressecção multi-estadiada) e B (colectomia em um só tempo).

A frequência diária de dejectões em doentes do grupo B rondou as três a quatro durante os 30 a 60 dias que se seguiram à cirurgia, voltando gradualmente à normalidade (um a dois) após três meses (Quadro 4).

QUADRO 2 — Morbidade e mortalidade obrigatórias (Grupo A e B)

	Grupo A (N=20)	Grupo B (N=11)
Causas de morte — Deiscência anastomótica, sepsis	1	0
— Acidente Vascular cerebral	0	1
— Embolia pulmonar maciça	1	0
Índice de Mortalidade	2% (10%)	1 (9%)
Morbidade <i>major</i> — Atelectasia pulmonar, pneumonia	1	0
— Flebotrombose M.I.	1	1
Morbidade <i>Minor</i> — Infecção da ferida operatória	2	0
— Infecção do tracto urinário inf.	2	1
Índice de morbidade	6 (30%)	2 (18%)

QUADRO 4 — número de dejectões por cada 24 horas em doentes do Grupo B (n=11)

Período de tempo após anastomose	N.º de doentes		
	6-8	4	1-2
Ileo-sigmoideia ou Ileo-rectal (meses)			
0,5	7 (64%)	4 (36%)	0
1,0	3 (27%)	6 (55%)	2 (18%)
2,0	1 (09%)	6 (55%)	4 (36%)
6,0	0	2 (18%)	9 (82%)

Nenhum necessitou hospitalização por este motivo, tendo sido fácil controlar os períodos de fezes líquidas com a administração de Loperamide. Nenhum considerou estes períodos como incapacitante nem referiu incontinência nocturna.

## COMENTÁRIOS

Significativa controvérsia se tem verificado, em anos recentes, em torno do que deverá considerar-se como o tratamento cirúrgico *correcto* do cancro do colon esquerdo em obstrução total. Em última análise relaciona-se essa discussão com a maior ou menor segurança de uma ressecção imediata em oposição a uma adiada, de uma anastomose primária ou secundária, com ou sem colostomia *protectora*. Um certo número de autores<sup>7,8,22</sup> reivindicam a superioridade de uma ressecção imediata no que concerne à mortalidade operatória enquanto alguns outros<sup>9,23</sup>, ainda, apontam resultados igualmente maus quer para colostomia com ressecção secundária, ressecção com colostomia ou ressecção com anastomose.

Embora se torne evidente, a partir destes trabalhos em aparente contradição, que a segurança de uma ressecção primária, com ou sem anastomose imediata, no colon esquerdo, não foi, até agora, aceite como facto estabelecido, não pode negar-se a existência de uma tendência favorável a uma colectomia sub-total<sup>11-18</sup>. Esta abordagem parece conter, na realidade, várias características positivas:

1) Uma morbidade operatória relativamente baixa. Os nossos resultados, confirmando os de outros autores e mostrando-os como perfeitamente comparáveis aos por nós obtidos com ressecções multi-estadiadas, confirmam precisamente essa asserção. (Quadro 2 e 3).

2) A não necessidade de uma colostomia, ainda que temporária, cuja morbidade não pode, de modo nenhum, considerar-se como desprezível<sup>24</sup>.

3) Um tempo de hospitalização significativamente encurtado (Fig. 7).

4) Sob o ponto de vista oncológico, embora numa base puramente especulativa, uma fácil e rápida dissecação de uma vasta área de drenagem linfática bem como a ressecção concomitante de uma vasta zona de mucosa instável, potencialmente maligna, onde uma associação acrescida com neoplasmas sincrónicos tem sido descrita<sup>25</sup>. Por outro lado alguns inconvenientes graves lhe são, vulgarmente, atribuídos:

1) É uma manobra tecnicamente exigente e proibitivamente arriscada.

2) Origina diarreia difícil de controlar e susceptível de descompensar uma disfunção esfinteriana ano-rectal sub-clínica, conhecida como afectando um considerável número de indivíduos acima dos 60 anos.

Os nossos resultados não parecem apoiar tais asserções, tal como também os de outros autores<sup>11-18</sup>, embora concordemos que esta modalidade técnica deve evitar-se se a anastomose tem que ser construída muito para além da junção rectossigmoideia, em face do verdadeiro risco, então verificável, de descontrolo funcional ano-rectal. Sob o ponto de vista técnico parece oferecer, na realidade, uma dificuldade aceitável sempre que um grupo cirúrgico experiente esteja envolvido. A este respeito deve ser salientado que níveis mais elevados de experiência e destreza técnica deveriam, razoavelmente, ser antecipados como verificáveis no nosso grupo, na segunda metade do período em análise, durante a qual todos os doentes do grupo B foram operados (Fig. 1), em comparação com os existentes na primeira fase. De facto esta peculiar técnica de abordagem constitui apenas a extensão de uma hemicolectomia direita, abordagem que ninguém ousa contestar como a mais correcta no tratamento das lesões do colon direito, ao mesmo tempo que beneficiária duma anastomose com melhores condições de cicatrização<sup>19</sup>, em que a aposição de segmentos intestinais colapsados, com bom fluxo sanguíneo, maleáveis e facilmente mobilizáveis, como é o caso quando se trata do intestino delgado, mas também com o colon sigmoideu situado distalmente ao tumor obstrutivo, aumenta a segurança anastomótica. As dificuldades de manipulação que um colon distendido sempre oferece podem minimizar-se por meio de uma manobra de descompressão simples, tal como descrito por um bem conhecido grupo cirúrgico colo-rectal<sup>26</sup>.

Uma colectomia segmentar, num só tempo, ofereceria quase todas as vantagens mencionadas, sem o inconveniente da diarreia, visto que manteria a válvula ileo-cecal e a sua função primordial de promover uma adequada reabsorção de fluidos e electrólitos no ileon terminal. Semelhante variante técnica, a ser executada com segmentos colónicos distendidos e preenchidos com matéria fecal, acarretaria, no entanto, um inaceitável risco de deficiente cicatrização anastomótica, deiscência e sepsis. Durante a passada década, no entanto, quer a lavagem intraoperatória anterógrada<sup>27,28</sup> quer a utilização de protecção anastomótica por um *escudo* intra-luminal<sup>29,30</sup> têm sido recomendadas como manobras tendentes a diminuir ou eliminar esse risco e permitindo, em seqüência, a construção de uma anastomose colo-colónica ou colo-rectal segura. Um inconveniente, facilmente antecipável, de tais manobras seria, presumivelmente, a sua incapacidade de impedir a persistência, mesmo após descompressão, de isquemia das paredes intestinais colónicas, que se agravaria com a distensão<sup>31</sup>, com o conseqüente grave risco de ruptura anastomótica ou estenose tardia. Seja como for, a experiência até agora obtida e referida na literatura não é suficientemente conclusiva para que possamos tomar uma atitude definida em relação a estes artificios técnicos, seja a favor ou contra.

Parece, pois, que um consenso sobre a abordagem *ideal* no tratamento desta entidade clínica permanece por definir, constituindo uma análise clínica multicêntrica, controlada, prospectiva, randomizada a única possibilidade de alguma vez se chegar a tal consenso. Um estudo com estas características é, no entanto, difícil ou totalmente impossível de ser levado a cabo por razões de ordem estatística, ética e cirúrgica como muito bem posto em evidência por Fielding<sup>9,32</sup>.

Embora baseado numa análise retrospectiva o nosso estudo é o de um único grupo que permaneceu uniforme ao longo dos anos, com a conseqüente uniformidade de critérios. Sentimo-nos pois, de certa forma autorizados a sugerir o que pensamos ser o tratamento *correcto*.

Embora uma abordagem individualizada a qualquer doente afectado por uma obstrução aguda, maligna, do colon esquerdo deva ser sempre a atitude mais sensata pen-

samos que as linhas orientadoras que, em seguida, se expõem devem ser tomadas em consideração:

1) Se se trata de um doente com um baixo ou aceitável risco cirúrgico uma colectomia subtotal num só tempo é o processo de eleição. Os nossos resultados revelam que os níveis de morbimortalidade operatória são semelhantes aos por nós obtidos com a ressecção multi-estadiada (Quadro 2), mas encurtando consideravelmente o tempo de hospitalização (Fig. 7). No entanto, se depararmos com uma reacção inflamatória peri-tumoral exuberante tornando difícil a mobilização, com edema e possível aderência a estruturas vizinhas, impondo uma dissecação forçosamente lenta e fastidiosa ou uma ressecabilidade incerta, pensamos ser mais prudente recorrer a uma ressecção em dois tempos, tipo Hartmann, ou mesmo a uma colectomia em três etapas, sendo a primeira uma simples transversostomia descompressiva. A má tolerância de doentes idosos a tempos anestésicos e operatórios prolongados deve ser tomada em consideração.

2) Se o doente constitui um baixo risco cirúrgico mas a lesão está localizada na junção rectossigmioideia ou recto superior o processo a executar é, possivelmente uma hemicolectomia esquerda ou ressecção anterior num só tempo, após descompressão e lavagem anterógrada, intra-operatória<sup>27,28</sup>, com ou sem protecção anastomótica por uma *Manga* intraluminal<sup>29,30</sup>.

Por não possuímos qualquer experiência com estas variantes técnicas admitimos a sua eventual utilidade nesta situação específica. No entanto, apenas estudos prospectivos, randomizados, poderão encontrar resposta adequada a esta questão.

Até que essa resposta chegue somos de opinião que uma ressecção tipo Hartmann deve ser a solução preferencial.

3) Em face de um mau risco cirúrgico uma simples colostomia descompressiva é a melhor solução. A experiência e senso clínico deverão ser os principais auxiliares na decisão entre uma ressecção em dois ou três tempos, bem como na escolha do *timing* correcto para a sua execução.

Sendo a distinção clínica entre um mau e um bom risco cirúrgico impossível de ser encarada como uma questão de definição matemática mas antes como um problema, frequentemente, de natureza vaga e subtil não sugeriríamos que uma colectomia subtotal uni-estadiada deve ser uma medida de rotina mas acreditamos que é a melhor operação para a maioria das obstruções malignas agudas do colon esquerdo, sempre que sazoados critérios selectivos e capacidades técnicas adequadas estejam presentes.

## BIBLIOGRAFIA

1. LOCKHART-MUMMERY J.P.: The treatment of obstructive lesion of the colon Br Med J, (May, 28) 1927; 1: 950-952.
2. OHMAN U.: Prognosis in patients with obstructing colorectal carcinoma Am J Surg 1982; 143: 742-747.
3. WELCH J.P., DONALDSON G.A.: Management of severe obstruction of the large bowel due to malignant disease. Am J Surg 1974; 127: 492-499.
4. GENNARO A.R., TYSON R.R.: Obstructive colonic cancer Dis Colon Rectum 1978; 21: 436-451.
5. SANFELIPPO M.P.M., BEAHR O.H.: Factors in the prognosis of adenocarcinoma of the colon and rectum. Arch Surg 1972; 104: 401-405.
6. SERPELL J.W., MCDERMOTT F.T., KATRIVESSIS H. AND HUGHES E.S.R.: Obstructing carcinoma of the colon. Br J Surg 1989; 76: 965-969.
7. FIELDING L.P., WELLS B.W.: Survival after primary and after staged resection for large bowel obstruction caused by cancer. Br J Surg 1974; 61: 16-18.
8. CLARK J., HALL A.W., MOOSSA A.R.: Treatment of obstructing cancer of the colon and rectum. Surg Gyn Obst 1975; 141: 541-544.

9. PHILLIPS R.K.S., HITTINGER R., FRY J.S., FIELDING L.P.: Malignant large bowel obstruction Br J Surg 1985; 72: 296-302.
10. LOCKHART-MUMMERY J.P.: The treatment of acute obstruction from cancer of the colon Lancet, (Nov. 25) 1922; 2: 1117.
11. VALERIO D., JONES P.J.: Immediate resection in the treatment of large bowel emergencies. Br J Surg 1978; 65: 712-716.
12. KLATT G.R., MARTIN W.H., GILLESPIE J.T.: Subtotal colectomy with primary anastomosis without diversion in the treatment of obstruction carcinoma of the colon Am J Surg 1981; 141:578.
13. GLASS R.L., SMITH L.E., COCHRAN R.C.: Subtotal colectomy for obstructing carcinoma of the left colon Am J Surg 1983; 145: 335-336.
14. DEUTSCH A.A., ZELIKOVSKI A., STERNBERG A., REISS R.: One-stage subtotal colectomy with anastomosis for obstructing carcinoma of left colon. Dis Colon Rectum 1983; 26: 227-229.
15. WEDELL H. BANZHOF G., EISSEN M., GASTRUP W., CALKER H.: Die norfallmassige colectektomie mit primärer anastomose beim obturierenden linksseitigen colon carcinoma Chirurg 1983; 54: 582-588.
16. ADLOFF M., ARNAUD J.P., OLLIER J.C.: Emergency one-stage subtotal colectomy with anastomosis for obstructing carcinoma of the left colon Digestive Surg 1984; 1: 37-40.
17. FENG Y.S., HUNG H., CHEN S.S.: One-stage operation for obstructing carcinoma of the left colon and rectum. Dis Colon and Rectum 1987; 30: 29-32.
18. HALEVY A., LEVI J., ORDA R.: Emergency subtotal colectomy Ann Surg 1989; 210: 220-223.
19. WISE L., ALLISTER, STEIN T. AND SCHUCK P.: Studies on the healing of anastomoses of small and large intestines Surg Gyn Obst 1975; 141: 190-194.
20. American Joint Committee for Cancer staging and end-results reporting, American Cancer Society, American College of Surgeons, Manual for staging of cancer, 1978. Whiting press, Chicago, pages 77-83.
21. ALMEIDA A.M., GRACIAS W., SANTOS N.M., ALDEIA F.J.: Aseptic single layer anastomosis-its possible role in minimizing sepsis after large bowel surgery. Coloproctology 1982; 4: 155-160.
22. KORUTH N.M., HUNTER D.C., KRUKOWSKI H., MATHESON N.A.: Immediate resection in emergency large bowel surgery: A 7 year audit Br J Surg 1985; 72: 703-707.
23. UMPLEBY H.C., WILLIAMSON R.C.N.: Survival in acute obstructing colorectal carcinoma Dis. Colon Rectum 1984; 27: 299-304.
24. BOZZETTI F., NAVA M., BUFALINO R.: Early local complications following colostomy closure Dis Colon Rectum 1983; 26: 25.
25. BAT L., NEUMANN G., SHEMAH E., The Association of synchronous neoplasms with occluding colorectal cancer Dis Colon Rectum 1985; 149-151.
26. KHOO L.R.E., ROTHENBERGER D.A., WONG W.D., BULS J.A., NAJARIAN J.G.: Tube decompression of the dilated colon. Am J Surg 1988; 156: 214-216.
27. RADCLIFFE A.G., DUDLEY H.A.F.: Intraoperative ante-grade irrigation of the large intestine Surg Gyn Obst 1983; 156: 721-723.
28. KORTH N.M., KRUKOWSKI Z.H., YOUNGSON G.G.: Intraoperative colonic irrigation in the management of left-side large bowel emergencies. Br. J Surg 1985; 72: 708-711.
29. RAVO B., GER R.: Temporary Colostomy — An outmoded procedure? Dis Colon Rectum 1985; 28: 904-907.
30. KEANE P.F., OHRI S.K., WOOD C.B., SACKIER J.M.: Management of the obstructed left colon by the one-stage intracolonic bypass procedure Dis. Colon Rectum 1988; 31: 948-951.
31. HAWLEY P.: Personal Communication. Symposium of colorectal cancer, Lisbon, December 1990, 10-12.
32. FIELDING L.P., STEWART-BROWN S., DUDLEY H.A.F.: Surgeon related variables and the clinical trial. Lancet 1978; 11: 778-781.

Pedido de Separatas:  
 António de Castro Mendes de Almeida  
 Rua das Praças, 43-3.º Esq.  
 1200 Lisboa  
 Portugal