



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 20 • Março 2012

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

O Tratamento Cirúrgico do Cancro do Recto – Perspectivas Históricas

Luiz Damas Mora

Ex-Director do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital do Desterro (Hospitais Cívicos de Lisboa)

A melhor maneira de conhecer uma ciência ou um ramo da ciência é estudar a sua História.

A História da Medicina é a História da luta do Homem contra o sofrimento e a morte, mas a cirurgia é uma terapêutica agressiva que causa sempre sofrimento e, algumas vezes, a morte. Os cirurgiões vivem, assim, com este aparente paradoxo de usarem uma arma que provoca aquilo que precisamente querem evitar.

Daqui resulta – porque o cirurgião tem a vigiá-lo a sua consciência, os seus pares e, cada vez mais, a própria sociedade – que a sua actuação é condicionada, e deste modo o alinhamento dos factos que constituem a História da cirurgia não é uma curva linear ascendente e com um só sentido, mas, sim, uma linha irregular com altos e baixos, avanços e recuos.

O cancro do recto (CR) é tão antigo quanto a Humanidade, mas o seu tratamento cirúrgico é, podemos dizê-lo, recente, embora já na Idade Média fosse uma entidade conhecida, pelo menos nas suas consequências. Assim John of Arderne (1307-1380), considerado o primeiro proctologista de Inglaterra, dava este conselho aos seus confrades: “Explore [o cancro do recto] cuidadosamente com o dedo, mas nunca se ofereça para operar. Seria a sua desgraça. Avise os amigos do doente do fim inevitável.”.

Os cinco objectivos principais dos cirurgiões coloproctais foram e são:

- Curar o doente
- Diminuir a morbi-mortalidade
- Evitar a recidiva perineal

- Evitar a colostomia permanente
- Manter a função esfíncteriana

E toda a história do tratamento cirúrgico do CR gira à volta destes cinco tópicos, sabendo nós que, muitas vezes, para se atingir um dos objectivos se podem perder os outros.

Vamos ver como isto foi conseguido a pouco e pouco, principalmente ao longo dos últimos cem anos.

Em Medicina, nunca abandonando de todo o empirismo, caminha-se do empírico para o científico, do intuitivo para o racional, do caso isolado (“anecdotal” no dizer dos ingleses) que se exhibe, para as grandes séries que se analisam. Não admira pois que os primeiros casos de tratamento cirúrgico do CR sejam casos isolados e que mediem entre eles longos anos.

Várias obras consultadas referem-se a um cirurgião J. L. Faget que em 1739 teria extirpado um CR, certamente por via perineal, mas não consegui, sequer, identificar a sua nacionalidade.

Em 1826 o cirurgião francês Jacques Lisfranc (1790-1847) apresenta uma pequena série de nove casos de amputações perineais com seis mortes. Uma mortalidade tão alta fez com que este tipo de intervenção fosse abandonado durante quase um século.

Em 1839, Jean Amussat (1796-1855), cirurgião do exército napoleónico, executa pela primeira vez uma colostomia lombar para tratamento de uma oclusão intestinal por CR. Escolheu a via lombar por ser extraperitoneal.

Em 1873, é a vez de Aristide Verneuil (1823-1895),



professor na Charité, em Paris, publicar no “*Bulletin de la Societée de Chirurgie*” a sua pequena série de excisões de CR por via perineal posterior com ressecção do cóccix.

Como se compreende, com técnicas anestésicas incipientes, sem reanimação, dando-se os primeiros passos na anti-sépsia e na assépsia, o campo operatório era todo extraperitoneal. Não se podia entrar na cavidade abdominal. O topo intestinal superior abria directamente na ferida operatória, a sépsis local era grave e os poucos que sobreviviam tinham uma vida miserável.

No ano seguinte Theodor Kocher (1841-1917), o grande cirurgião suíço, professor da Universidade de Berna, adoptava também a ressecção do cóccix para excisão por via posterior de tumores do recto. Quatro anos mais tarde o cirurgião inglês William Allingham (1829-1908) do St. Mark's Hospital, em Londres, fazia num primeiro tempo uma colostomia inguinal e algumas semanas depois, a excisão perineal, que era tangencial à parede do recto abandonando a ferida à sua evolução espontânea. A recidiva era sistemática.

Pela mesma época, em Paris, Édouard Quénu (1852-1933) utilizava uma técnica semelhante, mas abrindo o peritoneu do pavimento pélvico para permitir uma melhor mobilização do recto.

Paul Kraske (1851-1930), professor em Freiburg, na Alemanha, segue as mesmas pisadas de Kocher, mas reconhece que se está a trabalhar num campo limitado o que tornava a operação muito difícil, sendo isto a causa da morte de um doente por peritonite. Propõe então, em 1885, no XIV Congresso da Associação de Cirurgiões Alemães, a ressecção parcial do sacro para a abordagem posterior. Ensaia a técnica no cadáver e opera dois doentes com bom resultado. Em 1889 publica uma segunda memória com oito casos e duas mortes por peritonite, o que para a época era aceitável. A operação podia terminar de dois modos diferentes: ou a excisão total do recto e ânus, seguida de colostomia sagrada, e era a *amputação do recto*, ou a excisão do segmento do recto que continha o tumor seguida de anastomose topo-a-topo e tínhamos a *ressecção do recto*.

O método tinha criado raízes e rapidamente se generalizou na Alemanha, sendo menos entusiastas os cirurgiões ingleses e americanos. Curiosamente, depois de ter sido abandonado é recuperado, agora por via abdomino-sagrada, em meados do século XX pelo cirurgião americano S. Arthur Localio, como veremos.

O método de Kraske sofreu várias modificações que adquiriam o nome dos cirurgiões que as propunham: Hochenegg, Hégar, Zuckerkandl, Roux, etc., mas todos cumprindo a recomendação de Kraske de não seccionar a terceira raiz sagrada que pelo seu ramo abdominal faz parte do nervo ciático.

Inicialmente, nas ressecções, Kraske fazia a anastomose completa, mas dois casos de peritonite por deiscência levaram-no a fazer a operação em dois tempos: uma anastomose parcial de dois terços e construção de um ânus sagrado, que era encerrado num segundo tempo.

Quem, entre nós, usou pela primeira vez o método de ressecção perineal do CR? Creio que foi o Prof. Custódio Cabeça (1876-1936), um cirurgião com uma enorme capacidade de trabalho, e então na força da vida, pois na dissertação inaugural do Dr. Leão Magno Azedo, “O Methodo de Kraske”, de 1894, existente na Biblioteca do Hospital de São José – um manancial de informação ainda por explorar – é afirmado: “Neste sentido operou também o cirurgião Custódio Maria Cabeça, que não foi obrigado a estender a ressecção além do cóccix”.

Em 1891 Julius Hochenegg (1859-1941) de Viena de Áustria, discípulo de Billroth e de Albert, propõe pela primeira vez a conservação do esfíncter anal pelo método de “pull-through” – “Durchzug” em Alemão, o que quer dizer “através de” – fazendo passar o topo cólico superior pelo ânus e suturando-o à pele, técnica que permite a remoção de tumores baixos, dispensando a colostomia abdominal definitiva. O caso é publicado no “*Wiener Klinische Wochenschrift*”. O seu discípulo F. Mandl publica em 1929 uma casuística de 1000 casos operados na clínica de Hochenegg.

Modificações desta operação de “pull-through”, agora por via abdominal, são propostas por Henry





John of Arderne



Jacques Lisfranc



Jean Amussat



Aristide Verneuil



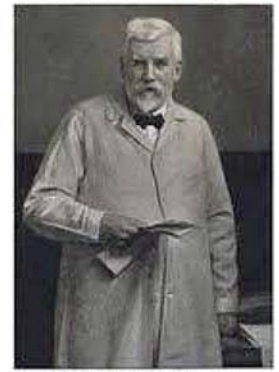
Theodor Kocher



Edouard Quénu



Paul Kraske



Julius Hochenegg



Henry Maunsell



Robert Weir



Berkeley Moynihan



William Cripps



Donald Balfour



Vincenz Czerny



Ernest Miles



Frank Lahey





John Lockart-Mummery



Henri Hartmann



William Gabriel



Martin Kirschner



Hugh Devine



Oswald Llyod-Davies



Claude Dixon



William Babcock



F. D'Allaines



John C. Goligher



Alan Parks



Bill Heald

Maunsell (1847-1893), de Londres, que publica o seu artigo no *"Lancet"* em 1892, e Robert Weir (1838-1927), de Nova York, – este com um artigo vindo a lume no *"American Journal of Surgery and Gynecology"*, em 1901 – como alternativas à excisão trans-sagrada de Kraske.

A história do tratamento cirúrgico do cancro do recto não é possível contá-la com um critério cronológico ininterrupto como é o próprio Tempo. Em cada momento histórico, e considerando os diversos centros cirúrgicos espalhados pelo mundo, coincidem várias técnicas, ora predominando umas, ora outras. Como um filme de "flash-back" temos que voltar atrás de vez em quando.

O ano 1908 é um marco na cirurgia do CR. Nesse ano Berkeley Moynihan (1865-1936), de Leeds, assistente de Mayo-Robson, mais tarde Lord Moynihan, fundador do *"British Journal of Surgery"* (BJS) e presidente do Royal College of Surgeons, publica na revista americana *"Surgery Gynecology and Obstetrics"* (SGO) um artigo admiravelmente moderno, defendendo, em casos de cancro da sigmoideia ou recto alto, a prática da linfadenectomia até à raiz da artéria mesentérica inferior, laqueando esta se necessário, e a mobilização do ângulo esplénico que lhe permitia fazer sem tensão uma anastomose de tipo Maunsell ("pull-through") admitindo, todavia, no futuro, fazer uma intervenção puramente abdominal, isto é, uma ressecção anterior,



se as circunstâncias o permitissem. É nesse artigo que afirma: “Ainda não nos capacitámos de que a cirurgia das doenças malignas não é a cirurgia dos órgãos; é a anatomia do sistema linfático. A inerente futilidade de todas as operações puramente sagradas parece-me por demais evidente”.

Passando agora por alto as ressecções anteriores com anastomose colo-rectal, cujo pioneiro parece ter sido em 1880 William Cripps (1850-1923) do St. Bartholomew’s Hospital de Londres, só vamos retomá-las em pleno século XX, sendo Donald Balfour (1882-1963) o seu pioneiro nos EUA em 1910 ao executar uma anastomose sigmoide-rectal orientada sobre um tubo de borracha.

Debrucemo-nos então sobre a operação “standard” que mais tempo resistiu ao tempo e às modas: a amputação abdómino-perineal do recto (AAP). O primeiro a executá-la foi Vincenz Czerny (1842-1916), também ele discípulo de Billroth e professor em Freiburg, na Alemanha, mas foi feita por necessidade ao encontrar, no decorrer de uma abordagem sagrada, um tumor alto que só poderia ser excisado através de uma laparotomia.

Ernest Miles (1869-1947) do Gordon Hospital, em Londres, talvez a maior figura da história da cirurgia colo-rectal, iniciou a sua prática com excisões perineais. Mas, impressionado com o número de recidivas, 95%, e de mortalidade, 30 a 50%, decidiu procurar a causa destes maus resultados através de dezenas de autópsias, e publica os resultados do seu trabalho no *Lancet* em 1908. Miles chegou à conclusão de que a invasão linfática se fazia em 3 direcções: *ascendente*, incluindo a cadeia para-sigmoideia, *lateral*, até à parede pélvica, e *descendente*, atingindo a gordura da fossa isquio-rectal, e que, portanto, por analogia com o que já se praticava nos cancro da mama, se queríamos diminuir o número de recidivas era necessário em todos os CR excisar a lesão e as áreas de drenagem linfática, o que obrigava a ressecar grande parte da sigmoideia e o seu meso, o recto e o ânus, grande parte dos levantadores, a gordura isquio-rectal e do mesocólon, incluindo a artéria hemorroidária superior. Era a “operação abdómino-perineal de Miles” em

que uma só equipa fazia os dois tempos, abdominal e perineal, terminando a intervenção com uma colostomia definitiva.

Nas mãos de Miles a operação não demorava mais do que uma hora e não tinha maior número de complicações do que a excisão perineal. Miles consegue baixar a mortalidade das operações para 18% e o seu método é mundialmente reconhecido. Henry Cattel, (1862-1936), da Universidade da Pennsylvania, executava-a com grande mestria e os seus assistentes chamavam à operação “the hour of charm”. Em 1930 Frank Lahey (1880-1953) publicava no *SGO* a sua técnica, semelhante à de Miles, mas em dois tempos: primeiro colostomia e alguns dias mais tarde, amputação abdomino-perineal, com o que conseguia diminuir a mortalidade, justificando assim o aforismo “Antes quero salvá-lo em dois tempos do que matá-lo em um só”. Este princípio era aplicado sistematicamente na Clínica Lahey para intervenções de grande dimensão.

Porque considerava a mortalidade da operação de Miles muito alta, o seu rival John Percy Lockart-Mummery (1875-1957), discípulo de Allingham, e cirurgião do St. Mark’s Hospital, modifica a operação do seu mestre. A exeresse perineal, executada duas semanas após uma colostomia no decorrer da qual aproveitava para fazer uma inspecção do abdómen e avaliar a ressecabilidade, é muito mais alargada e inclui parte dos levantadores e os ligamentos laterais do recto, o que permitia o abaixamento deste e uma laqueação alta da hemorroidária superior. Comprova que, com esta técnica, a mortalidade diminui para 11,6% e publica os seus resultados no *BJS* em 1926. Mas com o decorrer dos anos, verificou-se que a recidiva perineal tinha voltado a subir e ainda atingia valores insatisfatórios, para além dos problemas relacionados com a ansa cega a jusante da colostomia.

Apesar disso esta operação teve enorme êxito em Inglaterra e nos EUA até aos anos 30, mas a realidade é que só permitia tratar tumores do recto baixo e médio e a linfadenectomia era muito limitada. Ainda tive oportunidade de a ver executar uma vez...

Entretanto, em 1923, no XXX Congresso de



Cirurgia Francês, um cirurgião do Hôtel-Dieu, de Paris, Henri Hartmann (1860-1952), trabalhador incansável que durante vinte anos fez mais de mil intervenções de cirurgia geral por ano, descreve uma nova técnica com ressecção do recto e abandono do coto distal. É a técnica de Hartmann, que ainda hoje usamos em situações de urgência, principalmente em casos de diverticulites ou tumores perfurados.

Estamos agora nas décadas de 20 e 30 do séc. XX e as operações correntes são a AAP de Miles e a excisão perineal de Lockart-Mummery.

Em 1934 William Bashall Gabriel (1893-1975), do St. Mark's Hospital, assistente de Lockart-Mummery, propõe a amputação períneo-abdominal, isto é, com a mesma extensão da de Miles, mas invertendo os tempos, publicando os seus resultados de 1000 intervenções no *Lancet*. O que é certo é que se conseguia baixar a mortalidade quando se comparava com a operação de Miles.

Ao lado desta parte prática da cirurgia, isto é, da execução das operações, caminha a investigação laboratorial e em 1935 é publicado no *BJS* o resultado dos trabalhos de Gabriel, C. Dukes¹ e H. Bussey do St. Mark's Hospital, que vêm revolucionar a prática cirúrgica. Afinal a invasão linfática descrita por Miles só era verdadeira em situações muito avançadas do CR. Na esmagadora maioria dos casos a disseminação era só ascendente, ao longo das hemorroidárias superiores, até à raiz da mesentérica inferior, e só quando estes vasos e os gânglios linfáticos adjacentes estavam totalmente invadidos bloqueando a circulação linfática, se dava a disseminação retrógrada para áreas inferiores ao tumor ("permeação linfática"). A operação de Miles era exagerada...

Entretanto, em 1934, o cirurgião alemão Martin Kirschner (1879-1942), de Tübingen, autor de um célebre tratado de técnica cirúrgica, publica os resultados de uma variante da operação de Miles, a AAP

¹ Cuthbert Dukes (1890-1977), anatomopatologista do St. Mark's Hospital, foi pioneiro no estadiamento dos cancros colorectais (inicialmente estádios A, B e C) que publicou no *Journal of Pathology* em 1932.

síncrona, executada por duas equipas simultâneas, uma abdominal e outra perineal, conseguindo-se tempos operatórios muito mais curtos. Charles Mayo (1865-1939) já se lhe tinha referido em 1904, mas punha como condição que o cirurgião tivesse um bom ajudante...

Em 1937, Hugh Devine, um cirurgião australiano, de Melbourne (1878-1959), defensor da preparação intestinal prévia à intervenção, retoma a técnica síncrona, mas o seu grande divulgador é Lloyd-Davies (1905-1987), do St. Mark's, que descobre um verdadeiro "ovo de Colombo", ao conceber, em 1939, umas pernas, que ainda hoje se usam, que permitem operar em posição de litotomia-Trendelenburg, hoje, posição de Lloyd-Davies. Foi esta operação abdómino-perineal que a minha geração já conheceu.

Nas décadas de 30, 40 e 50, as diferentes operações que descrevemos vão evoluindo. A operação ideal visava a reconstituição do tubo digestivo, com conservação do esfíncter anal.

Em 1934, novamente Lockart-Mummery, concebe a técnica telescópica para obter a continuidade colo-rectal, mas não é uma verdadeira anastomose e os resultados não são os melhores. Sabendo que já houvera tentativas anteriores, com maus resultados pela frequência das recorrências, é a Claude Dixon (1893-1968) que está reservado o papel de grande promotor da ressecção anterior com anastomose colo-rectal no tratamento cirúrgico do CR, com o protocolo que ficou conhecido como "técnica da Clínica Mayo", a qual, inicialmente, até 1938, constava de três tempos separados por algumas semanas (1º – colostomia em ansa; 2º - excisão da lesão e colo-rectostomia em dois planos; 3º – encerramento da colostomia) passando a partir daquela data a executar-se os dois primeiros tempos na mesma sessão operatória.

Publica a sua casuística de 426 casos, com uma mortalidade de 5,9%, nos *Annals of Surgery* em 1948. Atribui em parte o seu êxito ao progresso dos cuidados pré-operatórios.

Por esta época é retomada a técnica de "pull-through" com pequenas diferenças técnicas criadas por H. Bacon (1900 – _____), William Babcock



(1872- 1963) e B. Black. Já nos anos 60 Turnbull e Cuthbertson nos EUA, e Cutait e Figlioni em São Paulo, propõem uma técnica que é, no fundo, uma operação de Maunsell-Weir em dois tempos, diminuindo assim a mortalidade.

Mas os problemas destas técnicas de “pull-through”, que tinham uma mortalidade e uma sobrevida semelhantes à AAP e a vantagem de evitar a colostomia permanente, eram, para além da disfunção do esfíncter, a necrose da parte distal do cólon e a sépsis perineal. Por estas razões foram sendo abandonadas.

As operações com conservação do esfíncter estiveram sempre na mira dos cirurgiões colo-rectais.

Temos que inserir aqui alguns conceitos fisiológicos e anátomo-patológicos importantes que permitiram a excisão de tumores cada vez mais baixos, com conservação da função esfíncteriana, conceitos esses que têm a ver com a disseminação intramural e linfática do CR e com o mecanismo da continência. Para não fragmentar os conceitos, esta incursão na história vai levar-nos até aos anos 70 do século XX, para depois regressarmos aos anos 40.

No início do século XX (1910 e 1913) William Sampson Handley (1872-1962), cirurgião do Middlesex Hospital em Londres, que se dedicou especialmente ao estudo do cancro e criou o conceito de “permeação linfática”, e P. P. Cole (_____-1948) do Royal Cancer Hospital, que estabeleceu a técnica “non-touch” na cirurgia abdominal, afirmavam a partir de dois casos isolados, certamente em tumores muito avançados, que a invasão intramural do CR podia atingir distalmente os 5 cm. Foi estabelecida então a “regra dos 5 cm” que obrigava a que a secção intestinal estivesse pelo menos a essa distância do limite inferior do tumor. Sabemos como os dogmas em Medicina são persistentes, mesmo para além do razoável, isto é, para além da clara demonstração de que afinal estavam errados, e a “regra dos 5 cm” manteve-se durante décadas. Mas os trabalhos que mostravam que a invasão intramural do CR em grande número de casos era inexistente e na maioria não ultrapassava 1 cm foram-se acumulando.

H. Westhues em 1934, C. A. Pannett em 1935 e

Owen H. Wangensteen (1899-1981) em 1945 baixaram aquele limite para 2,5 cm, mas os trabalhos de J. C. Goligher, Dukes e Bussey em 1951 repuseram os 5 cm, tendo em consideração não só a parede do recto mas, também, a gordura peri-rectal, os vasos e os linfáticos.

Mais tarde, N. S. Williams em 1983 e N. Wolmark em 1986, reduziram as margens de segurança para 2.5 e 2 cm.

No decorrer da história do tratamento cirúrgico do CR verificamos que os cirurgiões vão fazendo ressecções cada vez mais baixas. Inicialmente, após os trabalhos de Miles, todos os CR era submetidos a uma AAP. Nos meados do século XX foram-se realizando progressivamente mais ressecções anteriores até que a partir dos anos 70 estas se tornaram mais frequentes do que as AAP. Isto tem a ver com um melhor conhecimento anátomopatológico e fisiopatológico da doença. No que diz respeito a este último a preocupação dos cirurgiões era a continência anal.

Em 1911 A. F. Hertz publicava no *Lancet* o resultado das suas investigações: era na parede rectal que residiam os receptores dos reflexos que condicionavam a função esfíncteriana e, portanto, para manter esta plenamente, tinha que se conservar o recto distal com um comprimento que mais tarde se fixou em 6 a 8 cm. Mais um dogma errado que percorreu um longo caminho. Em 1951 Goligher e Hughes demonstraram que os receptores do reflexo inibitório estavam afinal nos músculos do pavimento pélvico, o que viria a permitir as anastomoses colo-anais após ressecção do recto. Em 1977 este conceito viria a ser confirmado por Alan Parks e R. Lane, aquele no St. Mark's Hospital e este no Royal South Hants Hospital, de Southampton.

A medicina, ciência aplicada, abre o seu caminho pela investigação, tendo como alvo o benefício do doente. Mas, o caminho é doloroso.

Custa pensar quantas AAP do recto foram executadas no passado, antes da queda dos mitos da “regra dos 5 cm” e da necessidade de conservar um segmento ano-rectal com 6 a 8 cm, queda essa que permitiu que a maioria das potenciais AAP fossem substituídas por



ressecções anteriores, atingindo assim dois dos objectivos enunciados ao princípio: evitar as colostomias definitivas e manter a função esfíncteriana, sem prejuízo dos restantes objectivos.

Recuando agora até aos anos quarenta, por esta época é retomada a técnica abdómino-sagrada, agora por François D’Allaines (1892-1974), professor na Faculdade de Medicina de Paris, que em 1946 publica o seu livro “Traitement Chirurgicale du Cancer du Rectum” o qual teve grande difusão, sendo traduzido em várias línguas, e exercendo forte influência em vários cirurgiões, entre os quais S. Arthur Localio (1912-2000) de Nova Iorque, que em 1983 publica nos *Annals of Surgery* a sua experiência de 175 casos de ressecção abdómino-sagrada (operação de Kraske-Localio).

O problema destas intervenções com um tempo por via sagrada era o aparecimento frequente de fístulas de muito difícil tratamento, e foram paulatinamente deixadas cair à medida que se encontravam alternativas.

O tratamento cirúrgico do CR deve muito à escola inglesa e a partir dos anos 50 surgem três estrelas no Reino Unido: John Cedric Goligher (1912-1998), de Leeds, grande entusiasta das ressecções anteriores, cada vez mais baixas, investigador da função esfíncteriana e pioneiro das anastomoses com sutura mecânica, ainda com “staplers” russos (é autor da obra monumental “Diseases of Rectum and Anus” que marcou toda a minha geração), Alan Parks (1920-1982), um cirurgião criativo dos hospitais Guy, London e St. Mark’s, que concebe a anastomose colo-anal (1972) para o que cria um afastador especial e, finalmente, Bill Heald, do Hospital Distrital de Basingstoke, no Hampshire, um “hospital de província”, cuja acção, como veremos, vai ser da maior relevância na cirurgia do CR nos finais do século XX.

Tínhamos chegado às décadas de 70 e 80 com muitos objectivos atingidos, mas a recidiva pélvica continuava a ser um problema grave. A sua percentagem variava entre 4 e 50% conforme os cirurgiões, com uma média de 30 a 40%.

Antes de vermos como se melhorou drasticamente

a percentagem de recidivas pélvicas, registemos alguns apontamentos sobre o tratamento local do CR, inicialmente utilizado com fins puramente paliativos, mas, mais tarde, quando se verificou que em 50% das peças ressecadas noutras intervenções o tumor não ultrapassava a parede rectal e não havia metástases ganglionares, passou a ter, também, intervenção curativa.

Reservado, quando se pretende a cura, para lesões com menos de 3 cm, baixas, com boa diferenciação e precoces (T1, N0)², em doentes seleccionados, o tratamento pode ser feito por electrocoagulação, criocirurgia, laser, excisão transanal ou microcirurgia transanal endoscópica (TEM). Já em 1913 A. A. Strauss com fins paliativos ou em doentes de alto risco fazia a electrocoagulação de tumores do recto. A credibilidade do método foi sofrendo variações, mas a verdade é que cirurgiões como Madden e Kandalaft em 1967 e 1971 e Crile e Turnbull em 1972, publicaram extensas casuísticas com resultados satisfatórios, agora já não com finalidade apenas paliativa, mas também curativa. Não foram feitos, no entanto, estudos controlados e randomizados.

Também a criocirurgia pode desempenhar um papel como tratamento paliativo. A. A. Gage (1968), A. Fritsch (1982) e G. Heberer (1987) apresentaram grandes séries de doentes tratados com o êxito que se pode exigir a uma técnica paliativa. Heberer, por exemplo, numa casuística de 268 doentes conseguiu evitar a colostomia em 80% dos doentes. Resultados semelhantes foram obtidos com “laser” em situações obstrutivas (Eckauer – 1989).

A excisão transanal foi praticada, entre outros, por M. B. Deddish (1974), M. W. Stearns (1974), B. C. Morson (1977), A. M. Cuthbertson (1977) e R. S. Nicholls (1985), todos defendendo o método sob determinadas condições. Tem sobre os métodos atrás descritos a vantagem de permitir o exame histológico da peça.

Buess, de Tübingen, na Alemanha, criador da TEM, publicou em 1977 a sua casuística de 113

² Este é um de vários critérios.



casos com apenas duas recidivas, mas o “follow-up” era ainda curto. Claro que o êxito da técnica está na dependência de um critério selectivo muito rigoroso.

Os defensores dos métodos locais argumentam que, tal como acontece no cancro da mama, se houver uma recidiva se pode sempre recorrer a uma intervenção mais radical, sem que isso afecte a sobrevivência do doente.

A última parte desta História deve-se a Bill Heald, em minha opinião o segundo grande revolucionário do tratamento do CR, sendo Ernest Miles o primeiro.

Concentrando no seu hospital todos os casos regionais de CR e associando-se ao anatómopatologista R. Ryall, reconheceu que, muitas vezes, nas ressecções anteriores era abandonada a porção distal do mesorrecto, isto é do, por assim dizer, mesentério do recto, onde afinal existiam gânglios ou simples canais linfáticos invadidos. Era, pois, necessário fazer a “Excisão Total do Mesorrecto”. E com este postulado tão simples Heald conseguiu baixar as recidivas para 3,7% sem quimioterapia nem radioterapia. Paralelamente, a técnica é otimizada. Abandona-se a dissecação manual, romba, da face posterior do recto, que tantos de nós presenciámos e praticámos, e toda a dissecação é instrumental, sob visão directa, no chamado “holly plane”, poupando-se assim os nervos e plexos do Sistema Nervoso Autónomo, que, uma vez procurados são facilmente encontrados, com a consequente diminuição da morbidade relacionada com as funções sexual e urinária.

Heald publica os seus trabalhos em 1982 no *BJS* e

em 1986 no *Lancet* e se, no primeiro, ainda havia no título um ponto de interrogação, este desaparecia no segundo.

Pela mesma época -1986- o anatómopatologista P. Quirke, de Leeds, publica no *Lancet* um trabalho no qual chama a atenção para a invasão lateral, radial, do CR. Num estudo incidindo sobre 52 doentes, 14 tinham margens laterais invadidas e 11 tiveram recidiva local; dos 38 sem invasão só um é que teve recidiva local. Era mais uma prova de que era necessário manter a integridade da “fascia própria” do recto.

Com estas alterações na técnica operatória a minha geração assistiu à transformação de um acto cirúrgico com alguma rudeza e só parcialmente sob visão directa, como era a dissecação do recto, num outro muito mais racional e delicado em que se passou a ter uma esplêndida visão dos plexos nervosos (cujo isolamento é um exercício de estética como deve ser toda a cirurgia) e a conservar a integridade da “fascia própria” do recto executando uma minuciosa dissecação instrumental, tudo num campo praticamente exangue, com evidente benefício para o doente.

Tinham-se atingido os objectivos fixados no início do século XX, reduzindo ao mínimo possível as colostomias definitivas, a morbimortalidade e as recidivas. Encerramos aqui a **história conceptual** do tratamento cirúrgico do CR.

De então para cá a evolução foi tecnológica, instrumental: as suturas mecânicas, a cirurgia laparoscópica e a cirurgia robótica.

Mas, isso, só por si, seria outra História.

BIBLIOGRAFIA

- L. Azedo Magno – O methodo de Kraske – Dissertação Inaugural – Lisboa – 1984
Henri Hartmann – Chirurgie du Rectum – Masson et Cte. Éditeurs – Paris – 1931
Lockhart-Mummery – Diseases of Rectum and Colon – 2ed – Bailliére, Tyndall and Cox – Londres – 1934
Vergílio de Moraes – Sobre o Cancro do Recto – Tese de Concurso para Professor Agregado – Lisboa – 1940
H. E. Bacon – Ano, Recto y Colon Sigmoideo – Ed. Labor S.A. – Argentina – Buenos Aires – 1942
François d’Allaines – Traitement Chirurgical du Cancer du Rectum – Éditions Médicales Flammarion – 1946
J. C. Goligher – Surgery of the Anus, Rectum and Colon – 2ed – Bailliére, Tindall & Cassell – Londres – 1967
M. Keighley e N. Williams – Surgery of the Anus, Rectum and Colon – 1ed – Vol.1 – W. B. Saunders C. Ld – 1993
João Pimentel e António Bernardes – Cancro do Recto – Excisão Total do Mesorrecto – Coimbra – Imprensa da Universidade – 2002
Marvin L. Corman – Colon & Rectal Surgery – 4ed – Lippincot Raven – Filadélfia – 1998
Harold Ellis – A History of Surgery – Greenwich M.M.C. – Londres – 2002



Babcock, W. Wayne – The operative treatment of Carcinoma of the Rectosigmoid with methods for elimination of the colostomy. *S.G.O.* 1932; 55:627-632.

Bacon, Harry E. – Evolution of Sphincter Muscle Preservation and Re-establishment of Continuity in the Operative Treatment of Rectal and Sigmoidal Cancer. *S. G. O.* 1945; 81:113-127.

Devine, Hugh – Excision of the Rectum – *Br. J. Surg.*, 1937; 25:351-381.

Dixon, F. Claude – Anterior Resection for Malignant Lesions of the Upper Part of the Rectum and Lower Part of the Sigmoid. *Ann. Surg.* 1948; 128:425-429.

Gabriel, W. B., Dukes, Cuthbert e Bussey H. J. R. – Lymphatic Spread in Cancer of the Rectum. *Br. J. Surg.*, 1935; 23:395-413.

Gabriel, W. B. e Lond, M. S. – Perineo.-Abdominal Excision of the Rectum in One Stage. *The Lancet*, 14.6.1934; 69-74.

Goligher, J. C. e cols. – Experience with Russian model 249 suture gun for anastomosis of the Rectum. *S.G.O.* 1979; 148:517-524

Heald R. J., Husband e Ryall R. D. H. – The mesorectum in rectal cancer surgery – the clue to pelvic recurrence? *Br. J. Surg.* 1982; 69:613-616.

Heald R. J. e Ryall R. D. H. – Recurrence and Survival after Total Mesorectum Excision for Rectal Cancer. *The Lancet* 28.06.1986; 1479-1482.

Lane, R. H. S. e Parks A. G. – Function of the anal sphincters following colo-anal anastomosis. *Br. J. Surg.* 1977; 64:596-599

Lloyd-Davies, O. V. – Lithotomy – Trendelenburg position for resection of Rectum and lower pelvic Colon. *The Lancet* 1939; 237:74-76.

Localio, S. A. e Baron, Bruce – Abdomino-Transsacral Resection and Anastomosis for Mid-Rectal Cancer. *Ann. Surg.*, 1973; 178:540-546.

Lockart-Mummery, J. P. – Two hundred cases of Cancer of the Rectum treated by Perineal Excision. *Br. J. Surg.* 1926; 14:110-124

Moynihan, B. G. A. – The Surgical Treatment of Cancer of the Sigmoid Flexure and Rectum. *S. G. O.*, 1908; 6:463-466.

Parks, Alan G. e Percy, John P. – Resection and Sutured Colo-anal Anastomosis for Rectal Carcinoma. *Br. J. Surg.*, 1982; 69:301-304.

Yeatman, T. J. e Bland, Kirby I. – Sphincter-Saving Procedures for Distal Carcinoma of the Rectum. *Ann. Surg.* 1989; 209:1-17.

Agradecimentos

Ana Quininha (H. S. José)
 António Couto (H. S. A. Capuchos)
 Carlos de Almeida (H. S. A. Capuchos)
 Manuela Ricoca Nunes (H.S.A. Capuchos)
 Fernando Reis Lima (H. S. João)
 Isabel Paixão (H.S.A. Capuchos)
 João Coimbra (H. Garcia D'Orta)
 João Pimentel (H. U. Coimbra)
 Jorge Penedo (H.S.A. Capuchos)
 José Damião Ferreira (H. da Luz)

Contacto

LUIZ DAMAS MORA
 damas-mora@netc.pt



Luiz Damas Mora