

CÂNCER DO RETO MÉDIO. AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

CANCER OF THE MIDDLE RECTUM. SURGICAL PROCEDURE ASSESSMENT

José Hyppólito da Silva, TCBC-SP¹
Galdino José Sítonio Formiga, ACBC-SP²
Sergio Henrique Couto Horta³
Marssoni Deconto Rossoni³
Pedro Antônio Albino³

RESUMO: A conduta no tratamento cirúrgico do câncer do reto médio é ainda controversa. Vários procedimentos cirúrgicos foram avaliados, retrospectivamente, em noventa doentes operados durante o período de fevereiro de 1990 a junho de 1997. Deste total, 43 (47,7%) doentes eram do sexo feminino e 47 (52,3%) do masculino. A idade variou entre 20 e 90 anos, com média de 60,2 anos. Os principais sintomas e sinais foram puxo e tenesmo, hematoquesia e emagrecimento. O tempo decorrido desde o início dos sintomas até o diagnóstico variou de dois a 24 meses, com média de 7,5 meses. A amputação abdômino-perineal do reto foi realizada em 17 doentes (18,8%) e a complicação mais freqüente foi a deiscência da ferida perineal, em 47% dos casos. Um doente (1,1%) foi submetido a proctocolectomia total, evoluindo sem intercorrências. A operação de Hartmann foi feita em 26 doentes (28,8%), ocorrendo 7,6% de morbidade e 7,6% de mortalidade, em virtude de complicações clínicas. Em 26 doentes (28,8%), foi realizada ressecção anterior seguida de anastomose. Em dez (11,1%), foi realizada anastomose manual e não houve complicações. Nos outros 16 (17,7%) foi feita anastomose mecânica, havendo três deiscências e um óbito, relacionado a complicações clínicas. Em oito doentes (8,8%), foi realizada ressecção com abaixamento coloanal, ocorrendo 50% de complicações, devido à necrose e à retração do cólon abaixado. Houve apenas um óbito relacionado à complicação cirúrgica. Em 12 doentes (13,3%) não foi efetuada a ressecção do tumor, em decorrência de precárias condições clínicas dos mesmos e falta de critérios de ressecabilidade da lesão. Concluímos que o procedimento cirúrgico adequado no tratamento do câncer do reto médio depende de estadiamento criterioso, considerando o grau de diferenciação celular, a presença de metástase, a condição local do tumor, a situação clínica do doente e a experiência da equipe cirúrgica.

Unitermos: Câncer; Reto médio; Cirurgia.

INTRODUÇÃO

Os tumores do reto médio, situados predominantemente entre cinco e dez centímetros acima da linha pectínea, têm conduta cirúrgica controvertida. Os trabalhos científicos publicados definem que os tumores situados no terço superior do reto devem ser tratados com a ressecção anterior ou operação de Dixon e os do terço inferior pela amputação abdômino-perineal ou operação de Miles. A grande controvérsia diz respeito aos tumores localizados no terço médio do reto.

Diversas técnicas de preservação esfíncteriana para estes tumores têm sido propostas, desde as ressecções anteriores

com anastomoses baixas, mecânicas ou manuais, até as operações de abaixamento com anastomoses colorretais ou coloanais, imediatas ou tardias. A demonstração de que a propagação intramural distal maior que 1cm é rara, com exceção dos tumores muito indiferenciados e infiltrativos, deixou evidente que, também nos tumores do terço médio do reto, a conservação esfíncteriana pode ser oncológica e correta.¹

Considerando esta polêmica, foram estudados, retrospectivamente, os procedimentos cirúrgicos realizados nos doentes portadores de carcinoma do terço médio do reto, durante um período de sete anos.

1. Professor Livre-Docente de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Chefe do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis – SP.
2. Médico Assistente do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis – SP.
3. Ex-Residente do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis – SP.

Recebido em 9/9/97

Aceito para publicação em 9/11/98

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis – São Paulo.

PACIENTES E MÉTODOS

Noventa doentes portadores de adenocarcinoma do reto médio foram estudados e tratados, no período de fevereiro de 1990 a junho de 1997. Deste total, 43 (47,7%) doentes eram do sexo feminino e 47 (52,3%) do masculino. A idade variou entre 20 e 90 anos, com média de 60,2 anos. A distribuição dos doentes, de acordo com a faixa etária, está citada na tabela 1. Os principais sintomas e sinais, que foram múltiplos em cada doente, estão na tabela 2. O tempo decorrido desde o início dos sintomas até o diagnóstico variou de dois a 24 meses, com média de 7,5 meses.

Os seguintes aspectos foram avaliados: estadiamento pré-operatório, necessidade de transfusão sanguínea, operação realizada, complicações decorrentes de cada procedimento e estudo anatomopatológico da peça operatória, de acordo com as classificações de Astler-Coller e Broders.

Tabela 1
Distribuição dos doentes de acordo com a idade

Faixa etária (anos)	Nº	%
20 a 29	04	4,4
30 a 39	03	3,3
40 a 49	10	11,1
50 a 59	16	17,8
60 a 69	25	27,8
70 a 79	25	27,8
80 a 89	06	6,7
90 anos	01	1,1

Tabela 2
Principais sintomas e sinais

Sintoma/sinal	Nº	%
Puxo e tenesmo	59	80,0
Hematoquesia	55	75,0
Emagrecimento	22	30,0
Sub oclusão	07	9,5
Muco	03	4,1
Dor em cólica	03	4,1
Anemia	03	4,1

RESULTADOS

Ao exame proctológico, 44 doentes (48,8%) apresentavam lesão situada logo acima da segunda válvula de Houston, e em 46 (51,2%) comprometia a válvula.

No estadiamento pré-operatório, foram feitas radiografias de tórax em todos os doentes, detectando-se metástase pulmonar em quatro (4,4%). Doze doentes (13,3%) apresentavam hemoglobina inferior a 10 mg%, e, no decorrer do tratamento, quarenta (44,4%) necessitaram de transfusão sanguínea de mais de duas unidades. A ultra-sonografia abdominal foi efetuada em todos, com o diagnóstico de metástase hepática em dez (11,1%). Com base em dados clínicos, suspeitou-se de outras metástases, o que demandou a realização

de tomografia computadorizada em 43 doentes, sendo diagnosticado um caso de metástase cerebral, três de lesão localmente avançada e três de metástase hepática.

Os procedimentos operatórios foram os seguintes, conforme a tabela 3:

Amputação abdômino-perineal do reto realizada em 17 doentes (18,8%). Destes, dois foram submetidos à radioterapia pré-operatória, com 5.040 cGy associada à quimioterapia com 5-Fluorouracil e Leucovorin. Em cinco, foram feitos 1.000 cGy no pré-operatório e 3.000 cGy no pós-operatório. Em cinco doentes (29,4%) foi efetuada colostomia com exteriorização extraperitoneal. Em um doente (5,8%) procedeu-se ao esvaziamento pélvico posterior, devido à invasão do tumor do reto em colo uterino. Em um caso (5,8%) foi realizada ressecção da parede posterior da vagina, também por invasão por contiguidade do tumor. As complicações mais frequentes da amputação abdômino-perineal do reto, que ocorreram em oito casos (47%), foram devido à deiscência de planos superficiais da ferida perineal. Um doente (5,8%) evoluiu com afundamento da colostomia, resolvido com rematuração da colostomia. Um doente (5,8%) apresentou, no 21º dia de pós-operatório (PO), quadro de abdome agudo obstrutivo, sendo conduzido à laparotomia exploradora, que evidenciou hérnia interna. Um doente (5,8%) foi reoperado no nono dia de PO com suspeita de coleção intracavitária, porém, no inventário da cavidade abdominal nada foi encontrado. Dos sete doentes submetidos à radioterapia, um (14,2%) evoluiu com enterite actínica, sendo tratado com enterectomia, seis meses após o término da radioterapia.

Proctocolectomia total foi feita em um doente (1,1%), portador de polipose adenomatosa familiar, associada a adenocarcinoma do reto médio e evoluiu sem complicações.

A operação de Hartmann foi efetuada em 26 doentes (28,8%). Em dois (7,6%) foi feito esvaziamento pélvico posterior, devido à invasão do tumor em corpo e colo uterino. Em dois doentes (7,6%), foi realizada hemicolectomia esquerda, por comprometimento vascular do cólon esquerdo, após a ligadura da artéria mesentérica inferior. Ocorreu um caso (3,8%) de afundamento da colostomia e o doente foi reoperado no décimo dia de PO, sendo realizada rematuração da colostomia. Um doente (3,8%) evoluiu com deiscência do coto retal, que foi tratada conservadoramente. Ocorreram dois óbitos (7,6%), conseqüentes a complicações clínicas, sendo um por tromboembolismo pulmonar no pós-operatório imediato e outro por infarto agudo do miocárdio, no décimo dia de PO.

Retossigmoidectomia anterior com anastomose color-retal manual foi indicada em dez doentes (11,1%), utilizando-se fio de algodão 3-0, em plano único extramucoso. Houve dois doentes com obstrução intestinal, submetidos previamente à colostomia derivativa no cólon transverso. Em um doente foi feita colostomia com a finalidade de excluir a anastomose do trânsito intestinal. Nestes três doentes, o fechamento da colostomia foi feito seis meses após a operação. Não houve complicações no pós-operatório.

Tabela 3
Procedimento

Tipo	Nº	%
Amputação do reto	17	18,8
Proctocolectomia total	1	1,1
Operação de Hartmann	26	28,8
Ressecção anterior com:		
Anastomose manual	10	11,1
Anastomose mecânica	16	17,7
Abaixamento colo-anal	8	8,8
Colostomia derivativa	6	6,6
Não operado	6	6,6
Total	90	100,0

Retossigmoidectomia anterior com anastomose colorretal, com o uso de grampeador mecânico, foi efetuada em 16 doentes (17,7%). Foram usados instrumentos ILS 29 e 33 e RL 30 e 60, utilizando-se a técnica de duplo grampeamento. Em oito doentes (50%) foi feita colostomia derivativa no cólon transversal, devido a pequeno extravasamento observado durante o teste de anastomose, feito no transoperatório. Destes doentes, cinco foram operados para fechamento da colostomia no quarto mês, e três no sexto mês após a cirurgia. Ocorreram três casos (18,7%) de deiscência da anastomose colorretal. Um doente foi submetido à operação de Hartmann no quinto dia pós-operatório. Foi reoperado no décimo dia de PO por afundamento da colostomia, a qual foi refeita. Evoluiu com peritonite, sendo feita peritoneostomia no 14º dia de PO e fechamento da parede abdominal no 21º dia de PO, evoluindo bem e recebendo alta hospitalar no 46º dia de PO. Os outros dois doentes foram submetidos à operação de Hartmann, com evolução sem intercorrências. Estes três últimos doentes ainda se encontram com colostomia terminal. Em outro doente (6,2%) ocorreu deiscência da parede abdominal no 11º dia de PO, seguida de evisceração. Foi feita ressutura da parede abdominal. Houve um óbito (6,2%) no pós-operatório imediato, por insuficiência respiratória, com suspeita de tromboembolismo pulmonar.

Ressecção anterior seguida de abaixamento coloanal ocorreu em oito doentes (8,8%). O período decorrido entre o primeiro e o segundo tempo da operação variou de 21 a 40 dias. Houve um caso (12,5%) de retração do cólon abaixado, sendo efetuado novo abaixamento no 18º dia de PO. Quatro doentes (50%) evoluíram com necrose do cólon abaixado. Em um deles (12,5%) foi realizado reabaixamento no segundo dia de PO, que evoluiu com nova necrose do cólon, optando-se por desfazer o abaixamento, fechamento do coto anorretal e exteriorização do cólon como colostomia terminal, no quarto dia de PO. Esse doente evoluiu para óbito no sétimo dia de PO, devido a sepse. Foi o único óbito de toda série relacionado à complicação cirúrgica. Os outros três (37,5%) foram submetidos a novo abaixamento coloanal.

Doze doentes (13,3%) não foram submetidos à ressecção do tumor, devido à falta de condições clínicas para a operação inicialmente proposta e avaliação de critérios de irressaca-

bilidade. Destes, seis (50,0%) submetem-se a colostomia derivativa no cólon transversal, por sintomas suboclusivos existentes no pré-operatório. Todos estes doentes fizeram rádio e quimioterapia paliativas. No inventário da cavidade de todos os doentes operados foi diagnosticada metástase hepática em 14 doentes (15,5%). Fez-se o estudo anatomopatológico das 78 peças ressecadas. A tabela 4 mostra o estadiamento, de acordo com a classificação de Astler-Coller. A tabela 5 evidencia a avaliação do grau de diferenciação celular, de acordo com os estudos de Broders.

Tabela 4
Estadiamento segundo Astler-Coller

Estádio	Nº	%
A	Zero	Zero
B1	5	6,4
B2	22	28,2
C1	1	1,2
C2	50	64,2

Tabela 5
Diferenciação celular segundo Broders

Grau	Nº	%
Bem diferenciado	46	58,8
Moderadamente diferenciado	29	37,4
Pouco diferenciado	03	3,8
Indiferenciado	Zero	Zero

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados, quanto à distribuição do sexo e da faixa etária, não diferiram dos citados pela literatura, não havendo predomínio de sexo, e a maior frequência de doentes estava entre os 50 e 79 anos.^{2,3}

A avaliação da tática cirúrgica para abordagem do tumor de reto médio pode parecer, à primeira vista, que a ressecção de uma lesão localizada entre 5cm e 10cm acima da linha pectínea poderia trazer dificuldades em se obter margem distal de segurança de 2cm a 3cm, e, ao mesmo tempo, preservar o aparelho esfinteriano. Entretanto, após a ligadura das asas laterais e mobilização do reto, este perde suas curvaturas laterais e ântero-posteriores, fazendo com que a lesão se desloque cerca de 3cm no sentido caudo-cranial. Este fato, que somente poderá ser avaliado durante a dissecação, permite a possibilidade de ressecção com conservação esfinteriana.⁴

No estadiamento pré-operatório encontramos quatro doentes (4,4%) com metástase pulmonar, um (1,1%) com metástase cerebral e 14 (15,5%) com metástase hepática. Constatamos 28,5% de falha no diagnóstico de metástase hepática com o uso de ultra-sonografia abdominal. Devido a isto, atualmente se recomenda o estudo do fígado com ultra-sonografia hepática intra-operatória, no sentido de diminuir a margem de erro do exame.⁵⁻⁷

A amputação abdômino-perineal do reto foi feita em 17 doentes (18,8%). A preferência por este tipo de operação

baseou-se em vários fatores: os tumores pouco diferenciados, o comprometimento da segunda válvula de Houston (51,2% dos casos), o compromisso de se realizar uma operação com características oncológicas bem definidas, e situações outras, como pelve estreita, obesidade e incontinência fecal.⁸

A operação de Hartmann foi realizada em 26 doentes (28,8%), com a intenção de preservação esfinteriana e futura anastomose. Isto, porém, não foi possível devido tratar-se de casos com ressecções paliativas, situações de suboclusão intestinal, dificuldade técnica em se realizar a anastomose, doentes com afecções clínicas descompensadas ou desnutrição grave e contaminação intra-operatória, nos casos de tumor perfurado ou preparo colônico inadequado. A morbidade foi de 7,6% e ocorreu em caso de afundamento da colostomia e outro de deiscência do coto retal. Abel et al⁸ referem até 32,7% de morbidade, devido às precárias condições clínicas dos doentes submetidos ao procedimento de Hartmann. A mortalidade foi de 7,6%, associada a complicações clínicas.

Procedeu-se à ressecção anterior em 26 doentes (28,8%), sendo que em dez (11,1%) foi feita anastomose manual com fio de algodão 3-0, pontos separados extra mucosos. Em três casos, foi realizada colostomia derivativa no transverso, fechada em média seis meses após a operação. Não houve complicação associada à anastomose manual. Em 16 doentes (17,7%) foi realizada anastomose mecânica pela técnica de duplo grampeamento, utilizando-se grampeador linear do tipo RL e circular do tipo ILS. Houve três casos de deiscência da anastomose e dois casos de óbito, associados a complicações clínicas. Esta alta taxa de complicação com o uso do grampeador mecânico deve-se à condição clínica desfavorável de alguns doentes, às lesões neoplásicas localmente avançadas e à localização mais baixa da anastomose. Hansen et al⁹ estudaram 615 anastomoses colorretais com grampeadores e relataram 24,4% de complicações e recomendação de mobilização da flexura esplênica, para se evitar tensão sobre a anastomose. Preconizam também fazer o teste de escape da anastomose, que quando positivo, deve-se realizar colostomia derivativa para proteção da anastomose. Em nossa casuística de 16 doentes (17,7%), submetidos a anastomose mecânica e a teste de escape positivo, foi feita colostomia derivativa em oito (50%).

Fick et al,¹⁰ comparando morbidade, mortalidade e recidiva tumoral, quando se realiza a operação de Miles ou a retossigmoidectomia anterior, concluem que não existe diferença estatística em relação à recidiva do tumor, e que é possível fazer uma cirurgia oncológica em ambos os casos. A retossigmoidectomia anterior apresentou 15% de escape na anastomose, porém não houve diferença estatística comparando com a operação de Miles, em relação à morbi/mortalidade global.

Estudo de Isenberg et al¹¹ em 142 doentes com tumor de reto médio, demonstrou a viabilidade da ressecção anterior para os casos com estadiamento Dukes A e B, não havendo, entretanto, diferença oncológica em relação à amputação ab-

dômino-perineal do reto. Porém, para os casos Dukes C, a operação de Miles mostrou-se, do ponto de vista de radicalidade oncológica, mais indicada. Preferimos realizar a operação de Miles, quando, na avaliação intra-operatória, foram evidenciadas metástases para linfonodos, caracterizados por aumento do tamanho, endurecimento e fixação às estruturas adjacentes. Halpern et al,¹² estudando a morbidade da operação de Miles, em 37 doentes, verificaram 76% de complicações. A maioria foi devido ao precário estado clínico dos doentes e à ferida perineal. Em nosso estudo os resultados foram semelhantes.

Outros autores,¹²⁻¹⁶ avaliando os critérios para preservação esfinteriana, concluíram que os fatores mais significativos são: baixa intensidade de penetração do tumor na parede do reto, não comprometimento dos nódulos linfáticos perirretais, grau de diferenciação celular e margem de segurança que a ressecção anterior possa oferecer. Todos estes fatores foram avaliados em cada caso, antes da decisão de se realizar uma operação para preservação esfinteriana.

Abaixamento coloanal foi realizado em oito doentes (8,8%), com 50% de morbidade, relacionada à necrose e à retração do cólon abaixado. A mortalidade de um doente (12,5%) foi devido à necrose do cólon abaixado, seguida de sepse.

Após iniciarmos a utilização de anastomoses com grampeador, deixamos de realizar o abaixamento coloanal, em virtude de sua alta morbidade e ao maior tempo de permanência hospitalar, como citado por Simonsen et al.¹⁷ Esta técnica, segundo Habr-Gama,¹⁸ fica reservada para serviços que não disponham de equipamentos de sutura mecânica, para os casos de tumores vilosos grandes ou circunferenciais do reto e para doentes que recusam o uso definitivo da colostomia. Atribuímos a alta morbidade cirúrgica à curva de aprendizado contínua realizada em nosso serviço.

Em 12 doentes (13,3%) não foi realizada a ressecção do tumor e na metade deles foi feita colostomia derivativa. Todos eles foram submetidos a rádio e quimioterapia paliativas. O fator comum a estes doentes foi a desnutrição importante, decorrente da ação do fator de necrose tumoral, interleucinas 1 e 6 e gama interferona que levam a anorexia, atrofia muscular, diminuição do tecido adiposo e atrofia de órgãos viscerais. Como consequência, reflete-se em anemia, hipoalbuminemia e laticedemia.¹⁹ Associado ao fator nutricional, 67,7% de nossos doentes, que estavam na faixa de 60 a 90 anos, apresentavam doenças concomitantes, tais como cardiopatia, hipertensão arterial, pneumopatia e *diabetes mellitus*. Todos eram portadores de doença localmente avançada ou com presença de metástase hepática. Avaliando estes fatores em conjunto, consideramos estas lesões irremediáveis ou constatamos que os doentes não tinham condições clínicas de operação curativa.

No estudo anatomopatológico das peças operatórias, cinquenta (64,2%) foram estadiadas como C2 de Astler-Coller. A média do tempo de sintomas foi de 7,5 meses, até que o

doente fosse avaliado por um coloproctologista, justificando assim este número elevado de lesões com estágio avançado. Em 46 dos casos (58,8%), os tumores eram bem diferenciados e em 29 (37,4%) eram moderadamente diferenciados.

A necessidade de transfusão sanguínea, em alguma fase do tratamento, ocorreu em quarenta doentes (44,4%). Do ponto de vista oncológico, acredita-se que a contaminação leucocitária das hemácias transfundidas leva a fenômenos imunológicos que facilitam o crescimento de células cancerígenas, piorando o prognóstico. Recomenda-se a transfusão racional

dos derivados do sangue, de acordo com as indicações específicas, evitando-se assim o uso de componentes desnecessários e as possíveis complicações.¹⁹

Concluimos que a escolha do melhor tipo de procedimento para a ressecção do câncer do reto médio depende basicamente do estadiamento pré e transoperatório, no qual o grau de diferenciação celular, a presença de metástase e as condições locais do tumor são fundamentais na opção da técnica operatória. A situação clínica do doente e a experiência da equipe cirúrgica complementam a decisão.

ABSTRACT

The surgical treatment of cancer of the middle rectum is still controversial. Several surgical procedures were retrospectively assessed in 90 patients operated from February 1990 to June 1997. Of these, 43 (47.7%) patients were females and 47 (52.3%) males. Age ranged from 20 to 90 years (mean, 60.2 years). The main symptoms were tenesmus and straining, passage of blood and lost of weight. The time between the beginning of the symptoms and the diagnosis ranged from two to 24 months (mean, 7.5 months). Abdominoperineal resection was done in 17 patients and the main complication was perineal dehiscence occurring in 47% of cases. One patient was submitted to total proctocolectomy. Hartmann procedure was done in 26 patients with 7.6% morbidity and 7.6% mortality caused by clinical complications. Twenty six patients had resection followed by anastomosis. In ten cases hand anastomosis had normal course without complications. In others 16, mechanical anastomosis was done with three dehiscences and one death related to clinical complications. Pull-through operation with coloanal anastomosis was done in eight patients with 50% complications, due to necrosis and retraction of the colon stump. One death occurred related to surgical complication. In 12 cases tumor resection was not done because the precarious condition of these patients. We conclude that the best procedure in cancer of the middle rectum depends of efficient evaluation considering the cell differentiation degree, the metastasis existence, the local condition of the tumor, the clinical state of the patient and the experience of the surgeon.

Key Words: Cancer; Middle rectum; Surgery.

REFERÊNCIAS

- Silva JH – Câncer retal - Sistematização técnica. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 1997;12(1):192-197.
- Garriz RA, Santangelo HD, Artusi GR, et al – Cancer del recto medio. *Rev Argent Cirug* 1989;57:194-198.
- Lassalle FAB, Benati M, Quintana GO, et al – Cancer del recto medio. *Rev Argent Cirug* 1987;52:245-249.
- Goligher JC – Treatment of carcinoma of the rectum. In: *Surgery of the anus, rectum and colon*; 5th., London, Bailliere Tindall, 1990.
- Waizer A, Zitron S, Ben-Baruch D, et al – Comparative study for preoperative staging of rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1989;32:53-56.
- Nicholls RJ, York Mason A, Morson BC, et al – The clinical staging of rectal cancer. *Br J Surg* 1982;69:404-409.
- Rafaelsen SR, Kronborg O, Larsen C, et al – Intraoperative ultrasonography in detection of hepatic metastases from colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1995;38:355-360.
- Abel ME, Rosen L & Kodner IJ – Practice parameters for the treatment of rectal carcinoma - Supporting documentation. *Dis Colon Rectum* 1993;36:991-1006.
- Hansen O, Schwenk S, Hucke HP, et al – Colorectal stapled anastomoses. *Dis Colon Rectum* 1996;39:30-36.
- Fick TE, Baeten CGMI, von Meyenfeldt MF, et al – Recurrence and survival after abdominoperineal and low anterior resection for rectal cancer, without adjunctive therapy. *Eur J Surg Oncol* 1990;16:105-108.
- Isenberg J, Keller HW & Pichlmaier H – Middle and lower third rectum carcinoma: sphincter saving or abdominoperineal resection? *Eur J Surg Oncol* 1995;21:265-268.
- Halpern NB, Cox CB & Aldrete JS – Abdominoperineal resection for rectal carcinoma: Perioperative risk factors. *Southern Med Journal* 1989;82:1.492-1.496.
- Morson BC – Factors of importance for selecting cases for sphincter preserving surgery for rectal cancer. *An Chir Gyn* 1986;75:114-120.
- Karanja ND, Schache DJ, North WRS, et al – “Close shave” in anterior resection. *Br J Surg* 1990;77:510-512.
- Lassalle FAB, Benati M, Quintana GO, et al – Resultados alejados de la reseccion anterior en cirugia del cancer de recto. *Rev Argent Cirug* 1990;58:182-187.

16. Jones PF & Thomson HJ – Long term results of a consistent policy of sphincter of preservation in the treatment of carcinoma of the rectum. *Br J Surg* 1982;69:564-568.
17. Simonsen O, Habr-Gama A & Gazal R – Retossigmoidectomia abdominoendoanal com ressecção de mucosa retal. *Rev Paul Med* 1960;57:116-118.
18. Habr-Gama A – Câncer do reto. In Pinotti HW – *Tratado de clínica cirúrgica do aparelho digestivo*. 1ª ed., vol.2, cap.155, p.1287, São Paulo, Atheneu, 1993.
19. Murad AM & Katz A – *Oncologia - Bases clínicas do tratamento*. 1ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1996.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. José Hyppólito da Silva
Hospital Heliópolis
Serviço de Coloproctologia
Rua Cônego Xavier, 276
04231-030 – São Paulo – SP

XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA

4 A 8 DE JULHO DE 1999 – RIOCENTRO – RIO DE JANEIRO

Convidados estrangeiros que já confirmaram presença:

1. J. Perissat (França) – Laparoscopia
2. Xavier Martin (Lyon, França) – Transplante de pâncreas
3. Ashok Shaha (New York, EUA) – Endocrinologia; Cabeça/Pescoço
4. Kenneth L. Mattox (Texas, EUA) – Trauma
5. Douglas W. Wilmore (Boston, EUA) – Trauma; Metabolismo
6. Tom R. DeMeester (Los Angeles, EUA) – Esôfago
7. Carlos A. Pellegrini (Washington, EUA) – Fígado; Laparoscopia; Trauma
8. Victor W. Fazio (Ohio, EUA) – Coloproctologia
9. Arnold Pier (Alemanha) – Obesidade mórbida; Laparoscopia
10. Alec Patterson (Missouri, EUA) – Tórax
11. Alighieri Mazziotti (Bologna, Itália)
12. Yuji Nimura (Nagoya, Japão)
13. José Roberto Nery (Miami, EUA) – Transplante
14. E. Moreno González (Madrid, Espanha)