

Correlação com o câncer
dos colons e
hérnia inguinal

ULPIO PAULO DE MIRANDA*
ARY FRAUZINO PEREIRA**

* Médico Residente da Seção de Cirurgia Abdominal do Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, GB.

** Chefe da Seção de Cirurgia Abdominal do Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, GB.

SUMÁRIO

- 5,7% dos pacientes portadores de neoplasias malignas do cólon matriculados no Instituto Nacional de Câncer apresentavam hérnia inguinal.
- Esta incidência é maior nos pacientes do sexo masculino, onde a hérnia inguinal direita ocorre com maior frequência — 15,7%.
- Todo paciente portador de hérnia recente ou recentemente sintomática deve ser bem avaliado no que diz respeito à pesquisa de patologia do cólon e da próstata.
- Todo paciente com mais de 55 anos que vai ser submetido a tratamento cirúrgico de hérnia deve se submeter a clister opaco e retossigmoidoscopia.

CORRELAÇÃO COM O CÂNCER DOS COLONS E HÉRNIA INGUINAL

A American Cancer Society, num livreto intitulado "Cancer Detection in the Physician's Office", chama a atenção, no que denomina "os sete erros trágicos de diagnósticos", de que a incapacidade de reconhecer que uma hérnia inguinal, que de repente se torna sintomática, pode estar associada com lesões carcinomatosas de cólon ou da próstata, é uma falha que deve ser evitada.

O objetivo dêsse trabalho é despertar a atenção para esta freqüente associação. O conhecimento desta relação é de valor comprovado, para o diagnóstico precoce dos tumores malignos dos cólons.

A reconhecida debilidade da parede abdominal na região do trígono inguinal se deve a várias causas:

- a) Substituição da fôlha muscular do oblíquo maior, por uma aponeurose, de menor resistência.
- b) Descida do testículo e dos **processus vaginalis**, no homem, e do ligamento redondo e seu **processus vaginalis** (canal de Nuck) na mulher.
- c) O fato de que os músculos pequeno oblíquo e transversos (tendão conjunto) faltam nos 2/3 internos do ligamento inguinal.

Esta disposição deixa uma zona débil entre o ligamento inguinal, a borda inferior destes músculos e a borda externa do reto; esta zona débil é que tem que suportar o choque da pressão abdominal.

A hérnia direta se observa com mais freqüência no adulto, quando por diversas causas sofre um traumatismo na parede abdominal e em especial quando existe uma diminuição dos tonus muscular. Os músculos cedem facilmente e a região inguino-abdominal se relaxa de maneira característica. Certas enfermidades predis põem à hérnia, devido ao aumento da pressão abdominal

que trazem consigo. Entre outras a bronquite crônica, hipertrofia prostática, este-nose uretal, hemorroidas, constipação, megacolon.

Como sabemos, o carcinoma dos cólons apresntam uma evolução bem longa, além de ter a sua maior incidência em pacientes de idade avançada, e com sua musculatura abdominal de tonicidade diminuída. O aumento da pressão intra-abdominal, devido ao esforço para vencer o obstáculo, constituído pela neoplasia na luz cólica, explicaria o mecanismo fisiopatológico, da gênese da hérnia inguinal. Maxwell, Davis e Jackson, em 218 pacientes com diagnóstico histológico de carcinoma do cólon, reto e ânus encontraram 49 portadores de hérnia inguinal, por ocasião do diagnóstico de neoplasia; ou tinham se submetido a herniorrafia 2 anos antes do tratamento do câncer; isto representa 22,5%. O período de 2 anos entre o aparecimento de uma hérnia inguinal sintomática e o diagnóstico da neoplasia, segundo estes autores é de grande importância clínica. Geralmente este grupo de pacientes procura o cirurgião queixando-se do aparecimento de uma hérnia inguinal, acompanhada por vezes de discretos sinais de modificação do ritmo intestinal que seriam atribuíveis ao processo herniário.

Devem também ser investigadas, as hérnias assintomáticas de longa duração e que de repente se tornam sintomáticas.

Zimmerman faz, de rotina um exame radiológico gastrointestinal e cistoscopia nos pacientes idosos com hérnia inguinal de longa duração e que de repente procuram o médico.

Tamoney Jr. e Caldarelli referem que a hérnia encarcerada é uma complicação que ocorre comumente no câncer do cólon descendente.

O presente estudo se baseia no material da Seção de Cirurgia Abdominal do I.N.C. Queremos frisar que num serviço de Cirurgia geral os dados que se pudessem obter, seriam muito mais significativos, de vez que os pacientes procurariam o médico com queixas relativas à hérnia. Os pacientes que procuram este serviço são portadores de neoplasia cólon-retanal, já em estado avançado, com toda a sua sintomatologia já evidenciada.

No período de 1956 foram matriculados 325 pacientes portadores de lesão maligna do cólons, reto e ânus; 225 eram do sexo feminino e 127 do sexo masculino.

Convém salientar que entre as 225 pacientes do sexo feminino em nenhuma verificamos a presença de hérnia inguinal, encontrando porém as hérnias umbilicais e diastase dos retos abdominais com certa frequência.

Entre os pacientes do sexo masculino em 20 (15,7%) verificamos a presença de hérnia inguinal concomitante com patologia cólon-retanal, só considerando aquelas de natureza oblíqua interna ou direta, e de aparecimento recente.

A incidência de 15,7% de hérnia inguinal nos portadores de patologia maligna do intestino grosso é portanto, ao nosso ver, dado de relativa importância para o diagnóstico precoce daquelas neoplasias.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — AMERICAN CANCER SOCIETY — Cancer Detection in the Physician's — Office 1965.
- 2 — CALLANDER — Surgical Anatomy — W. B. Saunders — pg. 361.
- 3 — MAXWELL, Y. W. Jr. & DAVIS, W. C. & JACKSON, F. — Colon Carcinoma and inguinal hernia. Surgical Clinics of North America, 45: 1165, 1965.
- 4 — ZIMMERMAN, L. M. — External and internal abdominal hernias. Am. Gastroenterol., 40: 405, 1963.