

Abordagem cirúrgica de megaceco secundário a tumor de cólon descendente

Joana Marques Maia Souza¹, André Luiz Giroto², Caio Cesar di Elias³, Carlos Magno Pereira Filho³, Filipe Geannichini Rodrigues^{2,3}

RESUMO

Obstrução intestinal é a manifestação clínica mais frequente de tumores de cólon sendo esses, em sua maioria, localizados no cólon descendente e reto-sigmoide. A cirurgia de emergência para obstrução intestinal é associada a altos riscos de mortalidade e de morbidade e a abordagem ideal permanece controversa. Procedimentos em vários estágios e o uso de stents como ponte para cirurgia são opções promissoras. É apresentado um caso de paciente de 61 anos, com abdome agudo obstrutivo secundário à neoplasia colorretal, com ênfase em seu diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: Colectomia, Obstrução intestinal, Abdome agudo, Megacólon, Neoplasias colorretais.

-
1. Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana (RS), Brasil.
 2. Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande (RS), Brasil.
 3. Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG), Rio Grande (RS), Brasil.



INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) configura-se como o terceiro tipo de câncer mais comum entre os homens e o segundo entre as mulheres. Costuma ter bom prognóstico quando diagnosticado em estágios iniciais, com mortalidade global de 8,5%¹. Nos pacientes operados de forma eletiva, a mortalidade e a morbidade são relativamente baixas, porém naqueles operados em situação de emergência, há um aumento significativo destas taxas, assim como redução na sobrevida em cinco anos².

A incidência de CCR varia de acordo com a região geográfica, um perfil crescente é observado na América Latina, Ásia e Europa Oriental³. A apresentação clínica mais comum em pacientes com CCR admitidos em situação de emergência é a obstrução e a perfuração do cólon. Estima-se que cerca de 15 a 20% dos pacientes com CCR irão apresentar obstrução em algum momento da evolução natural da doença⁴. O local mais comum de obstrução da CRC é o cólon sigmoide, com 75% dos tumores localizados distalmente à flexão esplênica, enquanto a dilatação anormal do ceco e dos cólons ascendente e transversos, derivada de obstruções não mecânicas, denominadas megaceco e/ou megacólon, são situações relativamente mais raras⁵⁻⁶.

A obstrução intestinal é uma causa importante de mortalidade e morbidade mundialmente. É definida na literatura como o prejuízo ao trânsito intestinal, que pode resultar de uma obstrução mecânica do intestino ou da dismotilidade intestinal, usualmente referida como íleo⁷. A presença de uma obstrução completa, assim como de sinais de toxemia e sofrimento de alças, são indicadores da necessidade de abordagem cirúrgica⁸.

As principais manifestações clínicas da obstrução colônica são dor periumbilical ou hipogástrica, distensão abdominal, náuseas e vômitos. Pode verificar-se tanto diarreia quanto constipação, bem como parada de eliminação de gases e fezes. Quando causados por obstrução maligna, os sintomas podem ter início insidioso ao longo de aproximadamente 3 meses⁹.

Apesar de ser um tipo de câncer com prognóstico relativamente bom, o controle da obstrução intestinal é desafiador em termos de gravidade clínica, opções diagnósticas e terapêuticas¹. O objetivo desse trabalho é relatar um caso de megaceco secundário a um tumor de cólon, a fim de fornecer evidências atuais para as indicações, técnicas, benefícios e riscos desse tratamento no manejo da obstrução colônica maligna aguda.

Neste relato, os dados foram obtidos através da revisão do prontuário com a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital e do paciente, obtida por assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 61 anos, buscou atendimento no Pronto Socorro com queixa de distensão abdominal iniciada há um dia. Relatou dor abdominal difusa iniciada nove dias antes do atendimento, bem como constipação há 18 dias. Ademais, um dia antes foi atendida em departamento de emergência, onde foi submetida à enema, sem resolatividade, e liberada. Alegou emagrecimento de, aproximadamente, 10 kg nos quatro meses, acompanhado de progressiva astenia. Quanto à sua história pregressa, a paciente informou ser tabagista, carga tabágica 40 maços/ano. Afirmou ser portadora de hipertensão arterial sistêmica e cardiopatia crônica. Negou demais comorbidades. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, acianótica, apirética FR=24 irpm, FC 90x70 mmHg, mucosas conjuntivais desidratadas, levemente ictéricas, abdome semi-globoso, timpânico à percussão, com ruídos hidroaéreos abolidos, leve tom metálico, principalmente em flanco e fossa ilíaca direita. Presença de hipersensibilidade localizada associada a dor de baixa intensidade à palpação profunda do abdome. Exames complementares realizados no momento da internação evidenciaram hemograma com hematócrito de 36% e hemoglobina de 12,8 g/dL, leucocitose (17.600/ μ L), proteína C-reativa reagente, demais exames dentro dos padrões de normalidade. Tomografia de abdome e pelve evidenciou fígado de volume normal apresentando imagem nodular hipodensa mal definida de cerca de 24mm no segmento VII (Figura 1), espessamento parietal da transição entre cólon descendente e sigmoide (Figura 2), bem como distensão de alças intestinais, principalmente de ceco e cólon (Figura 3).

Após o diagnóstico de obstrução intestinal, a paciente foi submetida a uma laparotomia exploratória de emergência. A investigação cirúrgica da cavidade confirmou a presença de alças intestinais severamente distendidas, ceco com diâmetro superior a 9 cm, com pontos de necrose tecidual próximo à válvula ileocecal e ceco proximal (Figuras 4 e 5).

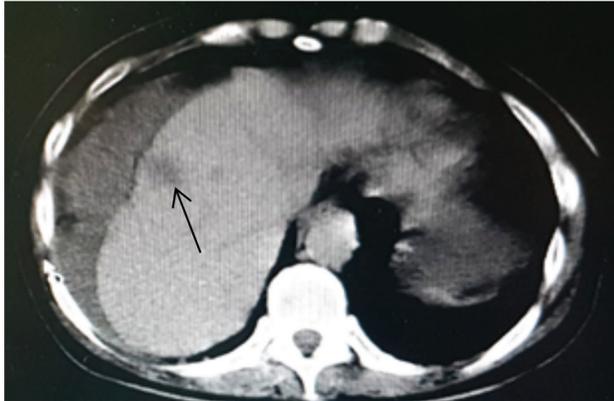


Figura 1. Corte Axial. Nodulação hipodensa a no segmento VII. (seta)



Figura 4. Distensão intestinal severa.



Figura 2. Corte Axial. Espessamento parietal da transição cólon descendente/ sigmoide.



Figura 5. Colectomia direita evidenciando grande dilatação cecal.



Figura 3. Plano frontal evidenciando distensão de alças intestinais, principalmente de ceco e cólon.

Sugestiva presença de massa tumoral em cólon descendente, distal à flexura esplênica foi evidenciada no intraoperatório. Foram retirados fragmentos de nódulo hepático para análise posterior, a qual evidenciou metástases de adenocarcinoma, com áreas mucoprodutoras em estroma fibroesclerótico. Optou-se por realizar colectomia direita sem ressecção tumoral, realizou-se ileostomia terminal e fístula mucosa, a fim de obter estabilidade ao quadro da paciente para posterior intervenção e tratamento oncológico.

DISCUSSÃO

A obstrução intestinal aguda é definida como o prejuízo ao trânsito intestinal, com ausência de movimentos de gases ou intestinais por período maior ou igual a 24 horas, que pode resultar de uma obstrução mecânica ou da dismotilidade intestinal. A média de idade observada nos estudos foi de 59.8 anos, com leve predominância de indivíduos maiores de 60 anos.

Considerando as variáveis idade e sexo, somente idade demonstrou importância estatística no risco de morte, fato atribuído a menor existência de comorbidades nos pacientes mais jovens¹⁰.

Tomografia computadorizada (TC) é recomendada na suspeita de obstrução intestinal aguda, tem sensibilidade de 96%, especificidade de 93% e acurácia de 95% sendo capaz de confirmar e esclarecer o nível de restrição, bem como de identificar a etiologia da obstrução, apresentando melhores resultados quando comparado à ultrassonografia abdominal (USG)¹¹.

A localização mais comum de obstruções secundárias ao CCR é o cólon sigmoide, com 75% dos tumores localizados distalmente a flexura esplênica⁴, seguida do cólon descendente, cólon ascendente, cólon transverso, ceco e reto. Adenocarcinoma configura o tipo histológico mais comum seguido de linfoma intestinal¹⁰. Estudos relatam que mais da metade dos pacientes com obstrução intestinal aguda apresentam metástases a distância, sendo o fígado o local mais frequente de disseminação, devido, principalmente, à sua vascularização^{4,10}.

A obstrução colônica é uma emergência cujo tratamento é inicialmente de suporte. Laparotomia se faz necessária quando há suspeita de perfuração ou de isquemia, assim como na ausência de melhora clínica ou no aumento do diâmetro cecal a despeito da terapia conservadora¹². Entretanto, cirurgias de emergência, nesse cenário, são associadas a uma taxa de mortalidade de 15-20% e taxa de morbidade de 40-50%, ambas significativamente maiores do que nas operações eletivas¹³. Assim sendo, um grande número de pacientes terá uma colostomia com ou sem ileostomia associada, que poderá ser tanto temporária como permanente, afetando diretamente sua qualidade de vida. A escolha do procedimento cirúrgico depende principalmente das características do CCR como a localização e a extensão da lesão, a condição do intestino, o estado geral do paciente e a experiência do cirurgião.

Há consenso na literatura médica no que tange à melhor abordagem cirúrgica para a obstrução de cólon direito, sendo o procedimento de escolha a hemicolectomia direita seguida de anastomose primária, que trata a obstrução enquanto mantém a continuidade do trato gastrointestinal. Ainda, ileostomia terminal associada com fístula colônica representa uma alternativa válida caso a anastomose primária for considerada insegura¹¹.

Em um estudo randomizado francês, a taxa de vazamento anastomótico em anastomose ileocólica realizada com uso de grampeador em ressecções eletivas é estimada em 2,8%, todavia, quando praticado em emergências cirúrgicas o risco de deiscência anastomótica é superior (0,5 a 5,2%). Todos os pacientes que apresentaram deiscência precisaram ser reoperados para correção e limpeza de possíveis contaminações peritoneais¹⁴.

Contudo, o mesmo não pode ser afirmado para as obstruções em cólon esquerdo, em que a abordagem cirúrgica permanece controversa. Visando elucidar essa problemática, a Sociedade Mundial de Cirurgia de Emergência concluiu, em 2017, que o procedimento de escolha para as obstruções em cólon esquerdo é também a ressecção com anastomose primária¹¹. Nos últimos anos, têm ocorrido uma tendência crescente de ressecção em um único estágio para obstruções do lado esquerdo, o primeiro grande relatório sobre ressecção com anastomose primária é proveniente do "Large Bowel Cancer Project". Os autores relataram mortalidade de 35% para ressecções realizadas em mais de uma etapa cirúrgica e, de apenas 14% para ressecções primárias, fato que corrobora para a escolha desse procedimento como preferido entre as diretrizes na literatura¹⁵. Não obstante, pacientes com alto risco cirúrgico se beneficiam do procedimento de Hartmann, em que a ressecção com colostomia terminal e fechamento do coto retal é realizada sem uma anastomose e a continuidade intestinal é restabelecida em cirurgia eletiva posterior assim que a condição do paciente esteja estabilizada. Ainda, estudos apontam que a cirurgia de Hartmann deve ser considerada ao invés de uma colostomia em alça, visto que a colostomia parece estar associada com maior tempo de internação hospitalar e a necessidade de múltiplas operações subsequentes¹¹. Contudo, sabe-se que o estoma fornece descompressão colônica, reduz o risco de contaminação advindo de intestino sem preparação adequada e permite intensiva recuperação do paciente e um melhor estadiamento para futuros tratamentos. Por outro lado, um estudo randomizado encontrou impactos similares referentes à mortalidade e hospitalização com as duas técnicas cirúrgicas e, demais, apenas 60% dos pacientes submetidos a uma operação sem anastomose primária terão o trânsito reconstruído¹⁶.

O uso de stents metálicos auto expansíveis oferecem uma alternativa à cirurgia, tanto no tratamento paliativo quanto curativo, visto que permite converter um procedimento emergencial em um eletivo. Funciona, portanto, como uma “ponte para a cirurgia”, reduzindo, dessa forma, complicações peri-operatórias, bem como formação de estomas¹⁷. Para pacientes que apresentam obstrução colônica aguda do lado esquerdo, secundária a uma malignidade operável, a colocação do stent permite descompressão colônica, preparação intestinal pré-operatória e futura colonoscopia, a fim de avaliar presença de cânceres sincrônicos¹⁸. Stents estão contraindicados em pacientes com sinais de toxicidade sistêmica ou choque séptico, visto a possibilidade de isquemia colônica e perfuração. Ainda, não devem ser alternativas para pacientes com abscessos intra-abdominais ou ceco excessivamente dilatado (> 9cm). Entretanto, estudos demonstraram que esse método está associado com algumas complicações, principalmente sangramento (5%) e perfuração (4%)¹⁹. Quando aplicados em pacientes com obstrução maligna em cólon esquerdo, os stents não reduzem a mortalidade 60 dias após o procedimento ($P = 0,97$), porém a morbidade após esse período é de 33,9%, comparada a 51,4% na cirurgia de emergência ($P < 0,001$), bem como 22,2% dos pacientes têm como desfecho um estoma permanente após o uso de stent, comparados a 35,2% após a cirurgia de emergência ($P = 0,003$). Anastomoses primárias são bem-sucedidas em 70% dos pacientes submetidos à terapia com stent e em 54,1% dos pacientes operados emergencialmente ($P = 0,43$)¹⁸. Destarte, o uso de stents exibem uma alternativa promissora no tratamento da obstrução colorretal maligna.

CONCLUSÃO

Cabe ao cirurgião a avaliação individual, contrastando os benefícios e malefícios de cada abordagem. Ainda, reiteramos que as diretrizes internacionais oferecem recomendações limitadas e divergentes acerca do manejo da obstrução do cólon esquerdo. Assim sendo, estudos futuros são necessários para elucidar o melhor procedimento a longo prazo nesses pacientes.

REFERÊNCIAS

- Ramos R, dos-Reis L, Teixeira B, Andrade I, Sulzbach J, Leal R. Colon cancer surgery in patients operated on an emergency basis. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2017;44(5):465-470.
- Anyaegbuna C, Apostolopoulos A, Patel H. Bowel perforation in chronic idiopathic megarectum and megacolon. *BMJ Case Reports*. 2018;:bcr-2018-225406.
- Núñez Ortiz A, Trigo Salado C, de la Cruz Ramírez M, Márquez Galán J, Herrera Justiniano J, Leo Carnerero E. Megacolon in inflammatory bowel disease: response to infliximab. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2020;112.
- Lee Y, Law W, Chu K, Poon R. Emergency surgery for obstructing colorectal cancers: a comparison between right-sided and left-sided lesions¹ No competing interests declared. *Journal of the American College of Surgeons*. 2001;192(6):719-725.
- Cuda T, Gunnarsson R, de Costa A. Symptoms and diagnostic criteria of acquired Megacolon - a systematic literature review. *BMC Gastroenterology*. 2018;18(1).
- Mankaney G, Sarvepalli S, Arora Z, Kamal A, Lopez R, Vargo J et al. Colonic Decompression Reduces Proximal Acute Colonic Pseudo-obstruction and Related Symptoms. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2020;63(1):60-67.
- Wang H, Naghavi M, Allen C, Barber R, Bhutta Z, Carter A et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2016;388(10053):1459-1544.
- Kahi C, Rex D. Bowel obstruction and pseudo-obstruction. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2003;32(4):1229-1247.
- Feldman M, Friedman L, Brandt L. *Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease*. Philadelphia: Saunders / Elsevier; 2010.
- Santos A, Martins L, Brasil A, Pinto S, Neto S, de Oliveira E. Emergency surgery for complicated colorectal cancer in central Brazil. *Journal of Coloproctology*. 2014;34(2):104-108.
- Pisano M, Zorcolo L, Merli C, Cimbanassi S, Poiasina E, Ceresoli M et al. 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation. *World Journal of Emergency Surgery*. 2018;13(1).
- Lopez-Kostner F, Hool G, Lavery I. MANAGEMENT AND CAUSES OF ACUTE LARGE-BOWEL OBSTRUCTION. *Surgical Clinics of North America*. 1997;77(6):1265-1290.
- Breitenstein S, Rickenbacher A, Berdajs D, Puhan M, Clavien P, Demartines N. Systematic evaluation of surgical strategies for acute malignant left-sided colonic obstruction. *British Journal of Surgery*. 2007;94(12):1451-1460.

14. Kracht M, Hay J, Fagniez P, Fingerhut A. Ileocolonic anastomosis after right hemicolectomy for carcinoma: stapled or hand-sewn?. *International Journal of Colorectal Disease*. 1993;8(1):29-33.
15. Fielding L, Stewart-Brown S, Blesovsky L. Large-bowel obstruction caused by cancer: a prospective study. *BMJ*. 1979;2(6189):515-517.
16. Krstic S, Resanovic V, Alempijevic T, Resanovic A, Sijacki A, Djukic V et al. Hartmann's procedure vs loop colostomy in the treatment of obstructive rectosigmoid cancer. *World Journal of Emergency Surgery*. 2014;9(1):52.
17. Ribeiro I, Moura D, Thompson C, Moura E. Acute abdominal obstruction: Colon stent or emergency surgery? An evidence-based review. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*. 2019;11(3):193-208.
18. Arezzo A, Passera R, Lo Secco G, Verra M, Bonino M, Targarona E et al. Stent as bridge to surgery for left-sided malignant colonic obstruction reduces adverse events and stoma rate compared with emergency surgery: results of a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2017;86(3):416-426.
19. Sebastian S, Johnston S, Geoghegan T, Torreggiani W, Buckley M. Pooled Analysis of the Efficacy and Safety of Self-Expanding Metal Stenting in Malignant Colorectal Obstruction. *The American Journal of Gastroenterology*. 2004;99(10):2051-2057.

Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; JMMS; ALG
Participação na redação da versão preliminar; JMMS; ALG; CCDE; CMPF FGR
Participação na revisão e aprovação da versão final; FGR
Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo. JMMS; ALG

Agradecimentos: Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG)

Autor Correspondente:

Joana Marques Maia Souza

joanasouza.aluno@unipampa.edu.br

Editor:

Prof. Dr. Marcelo Riberto

Recebido: 25/01/2020

Aprovado: 13/08/2021
