

PERFURAÇÃO COLORRETAL DURANTE POSICIONAMENTO DE STENT EM CÂNCER DE RETO ESTENOSANTE: RELATO DE CASO

COLORECTAL PERFORATION DURING STENT PLACEMENT IN A RECTAL CANCER: A CASE REPORT

Fernando Augusto de Vasconcellos SANTOS¹

Daniel Rachid MARTINS²

Carlos Eduardo de Oliveira RIBEIRO³

João Bernardo Sancio Rocha RODRIGUES⁴

Douglas Oliveira da COSTA⁴

Pedro Tolentino Figueiredo Guimarães SANTOS⁴

Mariana Brandão de OLIVEIRA⁴

Odail da Silva REZENDE JÚNIOR⁴

1 – Mestre em cirurgia pela Faculdade de Medicina da UFMG, Membro Titular da SBC, Preceptor da Residência de Cirurgia Geral do Hospital Governador Israel Pinheiro – IPSEMG (e-mail: fernandoavsantos@gmail.com).

2 – Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo, Especialista em Endoscopia Digestiva pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED), Preceptor da Residência de Cirurgia Geral do Hospital Governador Israel Pinheiro – IPSEMG (e-mail: danielrachid@bol.com.br).

3 – Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo, Preceptor da Residência de Cirurgia Geral do Hospital Governador Israel Pinheiro – IPSEMG (e-mail: caduipsemg@yahoo.com).

4 – Médico (a) Residente de Cirurgia Geral do Hospital Governador Israel Pinheiro – IPSEMG (e-mails: joao.sancio@hotmail.com / dcostacosta@gmail.com / pedrotolentino1988@gmail.com / mariana_didi@hotmail.com / odailrezende@gmail.com).

Recebido em: 31/05/2015 - Aprovado em: 27/08/2015 - Disponibilizado em: 30/10/2015

Resumo – O câncer colorretal é importante causa de obstrução intestinal que pode evoluir com necessidade de tratamento de urgência. A abordagem cirúrgica é a mais frequentemente utilizada, mas, desde a década de noventa, o uso de *Stents* metálicos auto expansíveis (SEMS – do inglês, *self-expanding metallic Stent*) tem sido descrito como alternativa às operações de urgência e também como método de palição. A seguir, relata-se o caso de uma paciente com quadro prévio de semi oclusão intestinal em que a colonoscopia evidenciou obstrução em reto superior por adenocarcinoma estenosante do intestino. Realizada descompressão colônica com *Stent* posicionado via endoscópica. Durante o procedimento, houve suspeita de perfuração intestinal, confirmada por radiografia de tórax que evidenciou volumoso pneumoperitônio. Submetida a laparotomia em caráter de urgência, sendo observada laceração em junção retossigmoideana, 5 cm a montante da área de estenose tumoral do reto, associada a exteriorização da prótese. Realizada rafia do ponto de perfuração e colostomia protetora em alça. Paciente evoluiu sem intercorrências. Um terço dos pacientes com câncer colorretal se apresenta nos serviços de urgência e emergência com quadro de obstrução intestinal aguda, sendo estes, muitas vezes, pessoas com idade e estadiamento tumoral avançados. O uso dos SEMSs, seja como “ponte” para uma cirurgia programada ou tratamento paliativo do tumor colorretal tem se mostrado alternativa segura e eficaz à abordagem cirúrgica nas obstruções colorretais por câncer, apresentando baixo índice de complicações quando posicionado por endoscopistas experientes, além de baixa taxa de mortalidade. Ainda assim, em geral, o risco de perfuração é de cerca de 5%, sendo esta uma complicação grave que usualmente ocorre do primeiro ao trigésimo dia após o posicionamento da prótese.

Palavras-chave: Neoplasias Colorretais. Colonoscopia. Perfuração Intestinal. Pneumoperitônio. Abdome agudo.

Abstract – Colorectal cancer is an important cause of intestinal obstruction that may progress to urgently necessity of treating. The surgical approach is the most frequently used, but since the nineties, the use of self-expanding metallic stent (SEMS) has been described as an alternative to emergency operations and also as palliative method. We report the case of a patient with previous intestinal semi occlusion that colonoscopy showed obstruction in the upper rectum by a stenotic adenocarcinoma of the intestine. Performed colonic decompression with a stent positioned endoscopically. During the procedure, was suspected intestinal perforation, confirmed by chest X-ray that showed large pneumoperitoneum. Taken to the operating room, during laparotomy was identified a laceration on superior rectus, about 5 centimeters above the tumoral stenosis area through which the prosthesis was externalized. Removed the stent, primary suture of the perforation site was performed in two planes, and protective colostomy in the left colon. The postoperative course was uneventful and the patient was discharged six days after the operation. One third of patients with colorectal cancer are presented in urgent and emergency services with acute intestinal obstruction, which are often people with advanced age and tumor staging. The use of SEMSs, either as a "bridge" to a planned surgery or as a palliative treatment has been shown to be safe and effective alternative to surgical approach in colorectal obstruction by cancer, with a low complication rate when positioned by endoscopists with experience, in addition low mortality rate. Even so, generally the risk of perforation is about 5%, this being a serious complication that usually occurs in the first to the thirtieth day after positioning of the prosthesis.

Key-words: Colorectal Neoplasms. Colonoscopy. Intestinal Perforation. Pneumoperitoneum. Abdomen, Acute.

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal é importante causa de obstrução intestinal que pode evoluir com quadro de abdome agudo obstrutivo e necessidade de operação de urgência. A descompressão cirúrgica permanece como principal método de abordagem nesses casos. No entanto, desde a década de noventa, relatos do uso de *Stents* metálicos auto expansíveis (SEMS – do inglês, *self-expanding metallic Stent*) começaram a surgir na literatura médica como alternativa à cirurgia de urgência ou mesmo como método de palição. Dentre as complicações do procedimento destaca-se, por sua gravidade, a perfuração intestinal. A seguir, relata-se o caso de uma perfuração durante a implantação de um SEMS em um câncer colorretal estenosante.

RELATO DO CASO

Mulher, 69 anos de idade, com história prévia de semi oclusão intestinal, foi submetida a colonoscopia na qual evidenciou-se a cerca de 12 cm da borda anal, lesão vegetante e ulcerada, endurecida, friável e estenosante, que ocupava dois terços da luz intestinal (**FOTO 1**). Estudo anatomopatológico da lesão revelou tratar-se de adenocarcinoma colônico moderadamente diferenciado, invasor e ulcerado.

FOTO 1 – Imagem capturada durante colonoscopia: lesão estenosante em porção alta do reto.



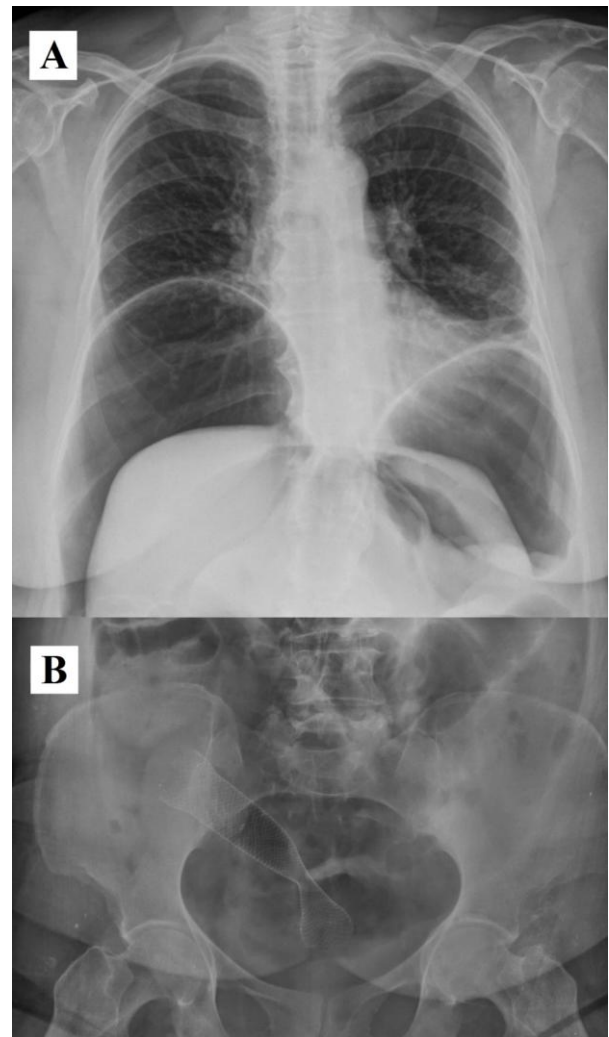
Fonte: Fotografia de exame realizado em nosso serviço.

O estadiamento clínico com tomografia computadorizada (TC) do tórax não apresentou sinais de doença secundária. À TC de abdome e pelve evidenciou-se tumoração infiltrativa em reto superior, com extensão de aproximadamente 5 cm e sinais de acometimento dos planos adiposos e linfonodos regionais, mas sem evidências de lesão à distância. Ressonância nuclear magnética da pelve confirmou invasão da gordura perirretal além de sinais de acometimento da fásia mesorretal bilateralmente, sem evidências de infiltração da musculatura do assoalho pélvico ou órgãos adjacentes (estadiamento T3N2).

Dado o quadro clínico prévio de semi oclusão e a possibilidade de aumento da estenose com a implementação do tratamento neoadjuvante, foi proposta colocação de prótese como alternativa à realização de colostomia. A paciente foi então admitida no setor de endoscopia do Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP) do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG) para posicionamento de *Stent* metálico auto expansível via colonoscopia. Durante o procedimento, suspeitou-se de perfuração colônica, e radiografia de tórax evidenciou sinais de volumoso pneumoperitônio (**FOTO 2A**). Radiografia da pelve mostrou o *Stent*

angulado e direcionado para fossa ilíaca direita, sugerindo transfixação da parede colônica (**FOTO 2B**).

FOTO 2 – **A**: Radiografia de tórax evidenciando pneumoperitônio volumoso. **B**: Radiografia da pelve sugerindo transfixação da parede colônica.

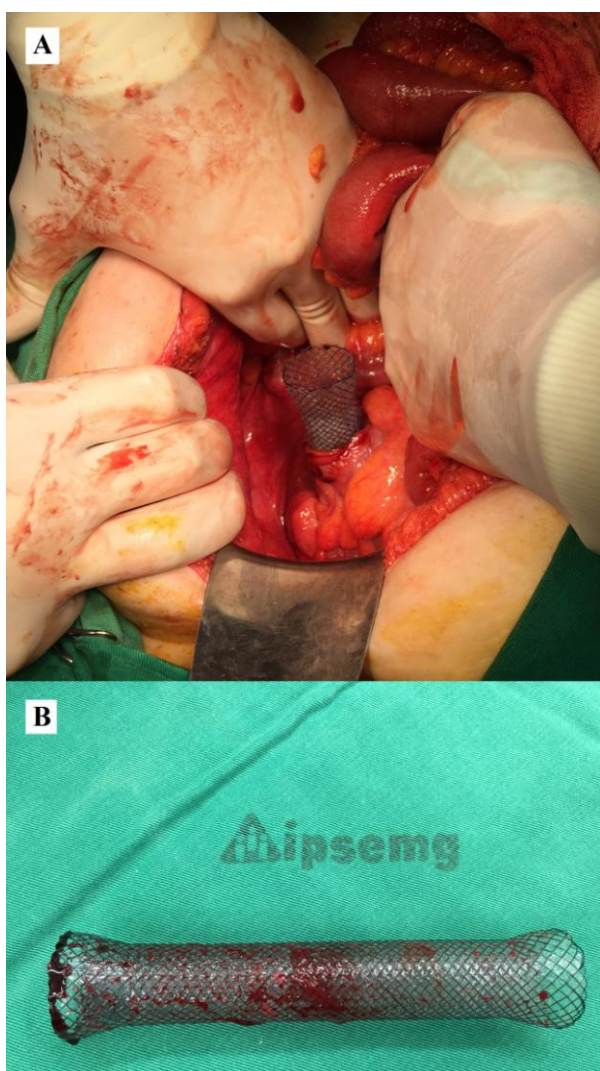


Fonte: Fotografia de exame realizado em nosso serviço.

Levada ao bloco cirúrgico em caráter de urgência, durante laparotomia exploradora observou-se laceração em junção reto-sigmoideana, 5 cm a montante da área de estenose tumoral do reto, associado a exteriorização da prótese (**FOTO 3A**). Retirado o *Stent* (**FOTO 3B**), realizou-se rafia

primária do ponto de perfuração em dois planos, sob sutura contínua com fio polipropileno 3.0, além de colostomia protetora em alça em cólon descendente. A evolução pós-operatória ocorreu sem intercorrências e a paciente recebeu alta hospitalar seis dias após a operação.

FOTO 3 – A: Intra operatório mostrando prótese exteriorizada por orifício em transição retossigmoideana. **B:** Stent após sua retirada.



Fonte: Fotografia de exame realizado em nosso serviço.

DISCUSSÃO

A obstrução intestinal aguda por câncer é condição grave e com elevado risco de complicação e morte. Apesar da difusão dos métodos de prevenção e diagnóstico precoce, 7% a 29% dos pacientes com câncer colorretal primário se apresentam nos serviços de urgência e emergência com quadro de obstrução intestinal aguda (CHEUNG et al., 2014). A maior parte destes doentes possui doença em estágio avançado, frequentemente são idosos e se encontram em condições clínicas deficientes, o que aumenta a morbimortalidade diante de operações realizadas em caráter de urgência (CHEUNG et al., 2014).

O tratamento cirúrgico da obstrução intestinal aguda por câncer evoluiu ao longo dos anos, envolvendo desde operações em três estágios àquelas realizadas em um único tempo operatório. Esta última, apesar de considerada melhor opção, é tecnicamente mais difícil e não aplicável a todos os pacientes (CHEUNG et al., 2014). Procedimentos que envolvam mais de um tempo operatório estão relacionados à confecção de colostomias num primeiro momento, seguido de seu fechamento em um segundo ou terceiro tempo. Entretanto, é sabido que os estomas afetam consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes, além de, por muitas vezes, não ser

possível a reconstrução do trânsito intestinal normal, seja pelo estadio avançado da doença ou por outras comorbidades associadas (CHEUNG et al., 2014).

O uso de próteses retais para câncer foi inicialmente descrito em 1990 por pesquisadores alemães (DOHMOTO et al., 1990). Mais tarde, em 1994, um grupo espanhol descreveu o uso de *Stents* colorretais como “ponte” para cirurgias eletivas no câncer colorretal de modo a retirar o paciente da fase aguda e permitir sua recuperação do estado geral, bem como o estadiamento da doença e o melhor preparo do paciente, tendo em vista uma abordagem cirúrgica programada (TEJERO et al., 1994).

Atualmente, duas são as principais indicações para o uso de SEMS na obstrução colorretal por câncer: 1) descompressão colorretal, antes de uma operação eletiva, também conhecida como “ponte”; e 2) método paliativo em pacientes com obstrução por câncer sem possibilidade de ressecção cirúrgica curativa. O uso de SEMS pré-operatório leva ao alívio dos sintomas obstrutivos e à estabilização da fase aguda desta condição, permitindo, dessa forma, maior tempo para suporte nutricional e psicológico. Além disso, a descompressão intestinal permite o estudo do restante do cólon em busca de doença sincrônica. A utilização dos *Stents* em pacientes com

doença em estágio avançado no lugar da ressecção ou criação de estomas também promove descompressão satisfatória e restauração do lúmen intestinal (CHEUNG et al., 2014).

A literatura descreve o posicionamento de SEMS colorretais como sendo um procedimento de baixo risco, com taxa de mortalidade inferior a 1% (CHEUNG et al., 2014). Complicações relacionadas ao procedimento podem ser divididas em precoces, que ocorrem em menos de 30 dias da colocação da prótese, e tardias, quando a partir de 30 dias. Sangramento e mau posicionamento são algumas das complicações precoces, enquanto que a migração do *Stent*, reobstrução e tenesmo ocorrem, em geral, de forma tardia (CHEUNG et al., 2014).

A perfuração intestinal é tida como a complicação mais grave relacionada ao procedimento, podendo ocorrer tanto de forma precoce quanto tardia, embora em mais de 80% dos casos ocorra nos primeiros 30 dias e, destes, a metade ocorra no dia do procedimento (DATYE et al., 2011). Em geral, o risco de perfuração é de cerca de 5% (CHEUNG et al., 2014; DATYE et al., 2011).

Estão relacionados ao aumento do risco de falha técnica ou clínica e ao desenvolvimento de complicações, fatores

como a presença de compressão extrínseca ou carcinomatose peritoneal, obstruções completas, sexo masculino e estenoses maiores que 10 cm. Ainda mais importante, a experiência do endoscopista é tida como fator determinante para o sucesso no implante dos SEMSs (CHEUNG et al., 2014).

CONCLUSÃO

O uso de *Stents* metálicos auto expansíveis é considerado alternativa segura e eficaz à abordagem cirúrgica para obstruções colorretais por câncer. Pode ser utilizado como ponte para o tratamento cirúrgico, permitindo melhoria das condições clínicas do paciente e o estadiamento da doença para a abordagem cirúrgica eletiva, ou como eficiente método paliativo. Apresenta baixo índice de complicações quando posicionado por endoscopistas experientes, além de baixa taxa de morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

CHEUNG, D. Y.; LEE, Y. K.; YANG, C.H.. Status and literature review of self-expandable metallic stents for malignant colorectal obstruction. **Clin Endosc**, v. 47, n. 1, p. 65-73, 2014.

DOHMOTO, M; RUPP, K.D.; HOHLBACH, G. Endoscopically-implanted prosthesis in rectal carcinoma. **Dtsch Med Wochenschr**, v. 115, n. 23, p. 915, 1990.

TEJERO, E et al. New procedure for the treatment of colorectal neoplastic obstructions. **Dis Colon Rectum**, v. 37, n. 11, p. 1158-9, 1994.

DATYE, A; HERSH, J. Colonic perforation after stent placement for malignant colorectal obstruction--causes and contributing factors. **Minim Invasive Ther Allied Technol**, v. 20, n. 3, p. 133-40, 2011.