

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA BÁSICA

GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO

**COMPARAÇÃO DOS DESFECHOS PÓS-OPERATÓRIOS DE PACIENTES COM  
ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR NEOPLASIA PRIMÁRIA DE CÓLON  
SUBMETIDOS A COLECTOMIA COM ANASTOMOSE PRIMÁRIA VERSUS  
OSTOMIA DE URGÊNCIA.**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

ORIENTADOR: PROF. DR. OLY CORLETA

PORTO ALEGRE  
FEVEREIRO/2023

## RESUMO:

O câncer colorretal (CCR) ocupa a terceira posição em prevalência e em mortalidade dentre as neoplasias diagnosticadas na população brasileira. Felizmente, devido a padronização do tratamento e a adoção de diretrizes de rastreamento - recentemente alteradas - a taxa de mortalidade em relação à doença encontra-se em queda, bem como à incidência em indivíduos acima dos 50 anos. Entretanto, nota-se uma elevação constante no diagnóstico de CCR em pacientes abaixo dos 40 anos de idade - predominando, nesses casos, tumores situados no retossigmoide. Tal evento apresenta etiologia multifatorial, porém deve-se ressaltar a influência genética e a associação com síndromes hereditárias, o que leva a discussão sobre a indicação de aconselhamento genético.

Em geral, a neoplasia em estágio inicial não confere sintomas ao paciente, sendo o diagnóstico estabelecido através do rastreamento. Contudo, a identificação do quadro ainda predomina após o início dos sinais clínicos, os quais podem, inclusive, prever a localização do tumor - lesões de cólon direito cursam, comumente, com sangramento do trato gastrointestinal e suas repercussões; já as situadas no cólon esquerdo conferem alteração de hábito intestinal e distensão abdominal, enquanto os tumores retais ocasionam tenesmo e alteram o calibre das fezes.

Após o diagnóstico do CCR - preferencialmente através de colonoscopia e biópsia - deve-se instituir o tratamento, o qual pode sofrer alterações conforme o estágio da doença, porém até o momento, a ressecção cirúrgica configura-se como padrão-ouro. A colectomia, em geral, é desempenhada em situação eletiva ou de urgência. Sabe-se que os casos em contexto de emergência cursam com maior taxa de complicações peri e pós-operatórias, devendo-se avaliar e planejar a extensão da ressecção da lesão, bem como a forma de reconstituição de trânsito intestinal. Dentre as circunstâncias de urgência relacionadas à neoplasia colorretal, o abdome agudo obstrutivo é o evento que mais comumente culmina em cirurgia imediata.

Sendo assim, faz-se necessário realizar uma revisão detalhada dos fatores que influenciam no prognóstico dos pacientes submetidos à colectomia por CCR na vigência de quadro obstrutivo com intuito de reduzir as taxas de complicações e aumentar a sobrevida. Ademais, conforme os resultados da análise em questão, pode-se estabelecer inclusive protocolos institucionais visando o aperfeiçoamento na terapêutica desses pacientes, englobando o cenário perioperatório como um todo.

## **INTRODUÇÃO:**

O câncer colorretal (CCR) ocupa o terceiro lugar tanto em incidência quanto em mortalidade relacionada à neoplasias no Brasil, em ambos os sexos. Atualmente, nota-se uma queda nos óbitos relacionados à doença, entretanto o número de casos em pacientes menores de 40 anos vem aumentando constantemente - em uma taxa de 2% ao ano, às custas principalmente das lesões em cólon esquerdo e reto. (1)

A neoplasia ocorre de forma esporádica, hereditária ou familiar. A primeira, em geral, afeta mais a população idosa, sem história familiar, apresentando-se como uma lesão isolada. Já os portadores do subtipo hereditário são, em sua maioria, pacientes jovens que possuem outras patologias associadas à mutações genéticas, enquanto a forma familiar da doença refere-se ao aumento do risco de ocorrência da neoplasia para membros da família em que o caso-chave tem parentesco de primeiro-grau e apresenta idade menor à 50 anos (2).

Conforme atualização das diretrizes da Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos (USPSTF) e da American Cancer Society, o rastreamento do câncer colorretal deve ser realizado em toda população a partir dos 45 anos de idade, preferencialmente através da colonoscopia, sendo estendido até os 75 anos de idade. Essa alteração na triagem ampliou o diagnóstico do tumor em fases iniciais, contribuindo para a queda da mortalidade relacionada ao mesmo. Entretanto, ainda têm-se que a maioria dos CCRs são diagnosticados após o início dos sintomas (3).

Em uma parcela significativa dos portadores de CCRs, os sintomas podem inferir na localização do tumor. A neoplasia que acomete o cólon direito geralmente apresenta-se como sangramento de trato gastrointestinal (melena, hematoquezia) e anemia, enquanto tumores localizados no cólon esquerdo levam à modificação do hábito intestinal - constipação -, distensão e dor abdominal. Já as lesões a nível retal causam tenesmo, redução do calibre das fezes e dor ao evacuar.

## **JUSTIFICATIVA:**

O diagnóstico da neoplasia, em sua maioria, ocorre de três modos distintos: através de sintomas ou sinais suspeitos; rastreamento populacional ou secundário à complicações (obstrução ou perfuração) em contexto emergencial.

O tratamento a ser instituído irá depender, entre outros fatores, do estágio da doença e status performance do paciente. Deve-se reiterar que a cirurgia é a única modalidade curativa do CCR localizado e, assim, quando realizada tem como objetivo remover completamente a lesão, o pedículo vascular que a nutre e os vasos linfáticos proximais. Após procedida com a ressecção tumoral, o passo seguinte é a abordagem do trânsito intestinal, podendo-se optar pela restauração do mesmo por meio de anastomose primária ou derivação temporária (por vezes definitiva) através de ileostomia ou colostomia, considerando fatores como peritonite, perfuração local, instabilidade no transoperatório, sepse, dentre outros.

Dentre as diversas apresentações da neoplasia colorretal, a obstrução intestinal está presente em até 30% e configura-se como a principal indicação de cirurgia de emergência dessa patologia (4). Entretanto, conforme alguns estudos, a colectomia em contexto de urgência tem sido associada à altas taxas de complicações, como infecção de ferida operatória, deiscência de anastomose e abscesso intra-abdominal (5). Ademais, uma revisão retrospectiva de 209 colectomias de urgência, revelou que a taxa de mortalidade nesses casos varia entre 5-30%, e, dentre outros fatores, a anastomose primária como modo de reconstituição de trânsito intestinal contribui para o desfecho em questão (6).

### **OBJETIVO:**

Esse estudo apresenta como objetivo central a comparação entre os desfechos secundários na abordagem do trânsito intestinal ,após tratamento cirúrgico da obstrução colorretal em contexto de emergência devido à neoplasia primária desse sítio. Assim, os resultados serão estratificados entre duas populações - os pacientes submetidos à anastomose primária e àqueles em que optou-se pelo desvio do trânsito intestinal.

### **MÉTODOS:**

O delineamento do projeto consiste em análise retrospectiva de prontuários de pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) submetidos a tratamento cirúrgico de emergência por consequência de abdome agudo obstrutivo secundário à CCR. Foram incluídos no estudo a revisão de prontuários de pacientes conforme as definições do projeto entre o período de 01 de janeiro de 2018 até 01 de dezembro de 2022.

### **VARIÁVEIS DO ESTUDO:**

Foram definidas como variáveis relacionadas aos pacientes da amostra - idade, sexo, etnia, tabagismo, índice de massa corporal, classificação de risco anestésico, nível sérico de albumina, lactato e proteína C reativa.

Além disso, considerou-se variáveis pertinentes à doença a localização do tumor, forma de reconstrução intestinal (ostomia ou anastomose primária), método utilizado para a sutura de reconstituição (manual ou mecânica) e abaixamento de cólon posteriormente ao tratamento primário.

Por conseguinte, em relação ao desfecho do tratamento analisou-se o tempo de internação, mortalidade - estratificada conforme tempo de ocorrência (primeiros 30 dias ou à posteriori) e as principais complicações - deiscência de anastomose, evisceração, distúrbios relacionados à ostomia, tromboembolismo pulmonar, sepse, pneumonia e outros.

## **DESFECHOS:**

Os desfechos primários referem-se a comparação entre as complicações e mortalidade relacionadas ao método de abordagem do trânsito intestinal - ostomia ou anastomose primária - em procedimento cirúrgico devido à abdome agudo obstrutivo por câncer colorretal.

Em sequência a essa análise, os desfechos secundários relacionam-se aos marcadores de gravidade do status performance e características do paciente no contexto do tratamento primordial; incidência da localização tumoral em comparação com método de reconstrução, incidência da doença conforme sexo, etnia e faixa etária; prevalência da técnica de sutura em situação de anastomose primária e incidência de reconstrução secundária.

## **ESTATÍSTICA E ANÁLISE DE DADOS:**

A análise descritiva é obtida através das frequências - absolutas e relativas - no que se refere às variáveis categóricas e por meio de média e desvio-padrão para as variáveis contínuas - distribuição normal - ou mediana para as de distribuição assimétrica. Conforme a metodologia de revisão de prontuários selecionados entre o período de 2018-2022, o tamanho amostral encontra-se entre 190-200 pacientes.

Para a análise estatística do estudo utiliza-se o programa SPSS, o qual permite exercer a comparação das variáveis categóricas pelo teste Qui-quadrado de Pearson. Nesse caso, considera-se o nível de significância de 0,05.

## **ÉTICA:**

A presente revisão retrospectiva assegura os aspectos éticos relacionados a pesquisa, conforme normativa do Conselho Nacional de Saúde, adotada pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Assim, endossa-se a inexistência de conflito de interesses entre os autores do estudo e o objeto de pesquisa, bem como a garantia de sigilo dos elementos observados. A equipe responsável pelo projeto certifica-se em manter a confidencialidade dos dados obtidos, utilizando-os somente com fim acadêmico, preservando a identidade dos sujeitos analisados e as informações institucionais exploradas.

## **RESULTADOS:**

Nesse estudo foi realizada revisão de 192 prontuários, sendo todos esses pacientes submetidos à procedimento cirúrgico de urgência no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) devido à obstrução intestinal secundário à câncer colorretal. Dentre eles, 102 pertenciam ao sexo masculino e 90 ao feminino, sendo que 57% encontravam-se entre 50-75 anos, no momento da internação hospitalar.

Em relação à localização da lesão, em 54% dos casos a obstrução ocorreu no cólon esquerdo (sigmoide e reto); 33% no cólon direito e 11% no cólon transverso. Como forma de tratamento, em situação de urgência, para as neoplasias de sigmoide e reto foi optado, em 76%, por colectomia segmentar e confecção de ostomia, sendo realizada anastomose primária no restante; já em

tumores mais proximais (cólon ascendente e transverso), optou-se por colectomia com anastomose primária em 75% dos pacientes.

No que diz respeito à reconstituição de trânsito intestinal e morbimortalidade, essa análise revelou, com significância estatística ( $p < 0,05$ ), que entre a totalidade dos pacientes inicialmente ostomizados (97 casos), 52% deles obtiveram boa recuperação, 25% evoluíram para óbito em menos de 30 dias após procedimento e 21% faleceram 30 dias após a cirurgia. Já os 95 indivíduos que realizaram anastomose primária, 71% deles apresentaram boa evolução, 10% e 17% faleceram em um período inferior e superior à 30 dias do procedimento, respectivamente. Além disso, em relação à morbidade, de modo geral, tanto os pacientes submetidos à anastomose primária quanto os ostomizados, obtiveram taxa de complicação pós-operatória em torno de 55%.

Ainda acerca da reconstrução intestinal primária, em 44% dos casos ela foi confeccionada manualmente, enquanto em 56% utilizou-se grampeador mecânico para a sutura. Vale ressaltar que, ao avaliar a taxa de deiscência de anastomose, encontra-se valores mais altos referentes ao procedimento manual (60% de modo absoluto e 28% de maneira relativa), entretanto, a taxa de mortalidade relativa é maior, de modo significativo naqueles procedimentos com uso de grampeador mecânico - 59%.

Entre as complicações pós-operatórias em geral, foi observado que 110 pacientes apresentaram algum evento adverso após a cirurgia, sendo que a septicemia configurou-se como a complicação mais comum (45% dos casos), seguida por infecção de ferida operatória e deiscência de anastomose (em torno de 20%). Nota-se ainda que, alguns fatores pré-operatórios, como o status nutricional (representado pelo nível sérico de albumina) e alterações metabólicas pré-existentes (valor aumentado do lactato sanguíneo) contribuem de modo significativo para a elevação das taxas de complicações, enquanto o tabagismo não se mostrou como fator relevante para a piora do quadro.

## **DISCUSSÃO:**

Retomando a análise de alguns estudos já publicados, temos que o abdome agudo obstrutivo configura-se como uma das complicações mais comuns da neoplasia colorretal, sendo que a abordagem dessa lesão, mesmo em situações de emergência, deve-se preconizar a ressecção completa do tumor, manutenção de margens livres e linfadenectomia adequada. Em seu estudo, *Teixeira, et al.*, demonstrou que, entre os 87 casos revisados - todos referentes à pacientes submetidos à colectomia de urgência - em 55% deles foi optado pela anastomose primária como reconstituição de trânsito intestinal, levando em consideração que o tumor obstrutivo localizava-se predominantemente no cólon ascendente (42% dos casos).

Ainda, o mesmo estudo mostrou uma taxa de deiscência de anastomose, em hemicolectomia direita, de 12%. Em contrapartida, dos 41 pacientes submetidos à colectomia segmentar à esquerda, somente em 8 casos foi realizada anastomose

primária, sendo nula a taxa de deiscência de sutura. Seguindo a mesma linha de raciocínio, Baer, et al., reiterou melhores resultados na realização de colectomia direita com anastomose primária para lesões mais proximais, excetuando pacientes com apresentações mais ambíguas em que a anastomose ileocolônica com ileostomia em alça proximal pode ser apropriada (4). Por outro lado, lesões em cólon descendente podem ser tratadas, em contexto de urgência, de três modos distintos: colostomia em alça - opção para pacientes frágeis com tumor localmente avançado e invasivo -; colectomia à Hartmann ou anastomose primária - na qual deve-se realizar seleção adequada de pacientes, sendo que a idade avançada e comorbidades prévias configuram-se como fator de mau prognóstico para o sucesso do tratamento.

Uma vez que dados confirmam que as colectomias em contexto emergencial apresentam, em geral, maior taxa de complicações quando comparadas com procedimentos eletivos - levando em consideração diversos fatores, como instabilidade hemodinâmica, comorbidades prévias, infecção pré-existente, entre outras - algumas análises preconizam a adoção de estratégias perioperatórias a fim de otimizar a recuperação do paciente - protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Uma revisão sistemática analisou três estudos de coorte em que os pacientes submetidos à colectomia de urgência por abdome agudo obstrutivo secundário à CCR foram divididos em grupo de tratamento convencional e em outro grupo que recebeu o protocolo ERAS. Como resultado, esses últimos obtiveram menor tempo de internação hospitalar; recuperação gastrointestinal mais rápida; menor incidência de íleo pós-operatório e menor tempo para iniciar a quimioterapia adjuvante.

## **CONCLUSÃO**

Diante dos desfechos apresentados, vale ressaltar que a conduta cirúrgica adotada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em pacientes com abdome agudo obstrutivo secundário à neoplasia colorretal, entra em concordância com os mais recentes estudos e diretrizes preconizadas em situações emergenciais. Assim como as análises evidenciam, as taxas de complicações em cirurgias de urgências são significativamente maiores que no contexto eletivo, devido à distintos fatores, como status nutricional, alterações metabólicas, idade avançada, entre outros.

Sendo assim, com intuito de reduzir a morbimortalidade e promover uma recuperação pós-operatória mais eficaz, é válido adotar algumas medidas perioperatórias que notadamente asseguram benefícios aos pacientes, como antibioticoprofilaxia, redução do tempo de jejum, medidas antitrombóticas, deambulação precoce, entre outras, que configuram-se como protocolo ERAS. Desse modo, espera-se uma queda nas taxas de complicações, reintegrando o paciente de modo mais ágil em suas atividades diárias, com intuito de prosseguir com o tratamento curativo.

## REFERÊNCIAS:

1. Ahnen DJ, Wade SW, Jones WF, Sifri R, Mendoza Silveiras J, Greenamyre J, Guiffre S, Axilbund J, Spiegel A, You YN. The increasing incidence of young-onset colorectal cancer: a call to action. *Mayo Clin Proc.* 2014 Feb;89(2):216-24. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.09.006. Epub 2014 Jan 4. PMID: 24393412.
2. NG K, May FP, Schrag D. US Preventive Services Task Force Recommendations for Colorectal Cancer Screening: Forty-Five Is the New Fifty. *JAMA.* 2021;325(19):1943-1945. doi:10.1001/jama.2021.4133
3. Moreno CC, Mittal PK, Sullivan PS, Rutherford R, Staley CA, Cardona K, Hawk NN, Dixon WT, Kitajima HD, Kang J, Small WC, Oshinski J, Votaw JR. Colorectal Cancer Initial Diagnosis: Screening Colonoscopy, Diagnostic Colonoscopy, or Emergent Surgery, and Tumor Stage and Size at Initial Presentation. *Clin Colorectal Cancer.* 2016 Mar;15(1):67-73. doi: 10.1016/j.clcc.2015.07.004. Epub 2015 Jul 29. PMID: 26602596.
4. Baer C, Menon R, Bastawrous S, Bastawrous A. Emergency Presentations of Colorectal Cancer. *Surg Clin North Am.* 2017 Jun;97(3):529-545. doi: 10.1016/j.suc.2017.01.004. PMID: 28501245.
5. Kim J, Mittal R, Konyalian V, et al. Outcome analysis of patients undergoing colorectal resection for emergent and elective indications. *Am Surg* 2007;73:991–3.
6. Breitenstein S, Rickenbacher A, Berdajs D, et al. Systematic evaluation of surgical strategies for acute malignant left-sided colonic obstruction. *Br J Surg* 2007; 94(12):1451–60.
7. Teixeira F, Akaishi EH, Ushinohama AZ, et al. Can we respect the principles of oncologic resection in an emergency surgery to treat colon cancer? *World J Emerg Surg* 2015;10:5.
8. Greer NL, Gunnar WP, Dahm P, Lee AE, MacDonald R, Shaukat A, Sultan S, Wilt TJ (2018) Enhanced recovery protocols for adults undergoing colorectal surgery: a systematic review and meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 61:1108–1118