

---

# OBSTRUÇÃO INTESTINAL NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DO TRATAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL

MARIO JORGE JUCÁ - ASBCP  
EDMUNDO GUILHERME GOMES  
HUNALDO LIMA DE MENEZES  
LUIS EDUARDO PEREIRA  
HILTON JOSÉ BARROS

---

JUCÁ MJ, GOMES EG, MENEZES HL, PEREIRA LÊ, BARROS HJ – Obstrução Intestinal no Pós-Operatório Tardio do Tratamento do Câncer Colorretal. *Rev bras Coloproct*, 2004;24(1):15-19.

**RESUMO :** O estudo teve como objetivo estabelecer a incidência de obstrução intestinal em pacientes operados para tratamento do câncer colorretal, analisando o tempo de aparecimento da obstrução no pós-operatório, a natureza desta obstrução, se por aderências benignas ou por crescimento tumoral com envolvimento de alças, topografia do câncer primário e sua correlação com o surgimento da obstrução e a análise da decisão terapêutica adotada. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (62,5%), com média das idades de 62,5 anos. Constatou-se que a maioria das obstruções é decorrente de aderências benignas interalças, devendo ser tratadas adequadamente, clínica ou cirurgicamente, sem que se altere a morbimortalidade. As operações realizadas para tumores do lado esquerdo apresentaram uma maior frequência de obstrução tardia.

**Unitermos:** Obstrução intestinal, câncer colorretal, aderências.

---

## INTRODUÇÃO

O paciente com antecedentes de operação para tratamento do câncer colorretal, que apresenta quadro clínico de obstrução intestinal (OI), representa uma situação de difícil abordagem, principalmente, quando se inicia com suboclusão<sup>1,2</sup>. As aderências são um problema de risco relativo elevado no pós-operatório para tratamento do câncer colorretal<sup>3,4</sup>, porque atinge indivíduos idosos, como também por ser uma situação de urgência, que exige rápida iniciativa, em que o cirurgião deve estar preparado para a simples secção de uma brida, como para promover, se for o caso de recidiva da doença, uma conduta adequada e resolutive, dentro dos princípios oncológicos. As obstruções intestinais decorrentes da recidiva do câncer variam em percentuais de 28 a 46%<sup>5,6</sup>.

Em pacientes idosos com co-morbidades e reservas funcionais diminuídas e lábil estabilidade orgânica, a responsabilidade da decisão fica ainda mais complicada<sup>7,8</sup>. O atraso diagnóstico pode ser fator para

uma série de complicações pós-operatórias, como a sepse, síndrome inflamatória sistêmica ou até para uma catástrofe abdominal, com elevado índice de mortalidade<sup>9,10</sup>.

O objetivo deste estudo foi estabelecer a incidência de obstrução intestinal em pacientes operados para tratamento do câncer colorretal, analisando o tempo de aparecimento da obstrução no pós-operatório, a natureza desta obstrução, a topografia do câncer primário e a análise da decisão terapêutica adotada.

## PACIENTES E MÉTODO

Trinta e dois pacientes operados entre setembro de 1997 a agosto de 2002, no Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas, foram retrospectivamente analisados, coletando-se, por meio de uma ficha de recolhimentos de dados, as informações dos prontuários referentes ao sexo, idade, tipo de tratamento inicial realizado para o câncer colorretal, tempo de evolução da primeira operação para o quadro de obstrução, terapêutica utilizada na obstrução intestinal e seus resultados.

---

*Trabalho realizado na Disciplina de Coloproctologia da Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Gastroenterologia de Maceió.*

O tratamento cirúrgico realizado para o tumor colorretal dependeu de sua localização e estadiamento. Foram realizadas nove hemicolectomias direitas, dezenove ressecções anteriores e quatro hemicolectomias esquerdas.

A localização do câncer foi predominantemente a esquerda em vinte e três dos pacientes desta amostra, sendo que dezessete localizados no sigmóide, três no ângulo esplênico e três no reto superior. Os nove restantes estavam localizados no cólon ascendente e transversal proximal.

O estadiamento do tumor foi feito de acordo com o que é proposto pelo AJCCS ( American Joint Committee for Câncer Staging)<sup>11</sup> e o diagnóstico dos trinta e dois casos feito por meio de colonoscopia e biópsia. A tomografia computadorizada foi realizada em todos os pacientes, para avaliação pré-operatória da cavidade abdominal, interessando principalmente o fígado; todos tinham dosagem do CEA e radiografia simples do tórax. Estas informações, acrescidas da avaliação intra-operatória e pelo resultado anatomo-patológico, definiram o estadiamento, que resultou em dois pacientes no estágio I, onze no estágio II, dezesseis no estágio III e três no estágio IV.

Pelas biópsias pode –se classificar o grau de diferenciação celular do tumor, como proposto por Broders<sup>12</sup>. Houve dez pacientes com tumores de celularidade bem diferenciada, dezessete moderadamente diferenciada, quatro pouco diferenciada e apenas um indiferenciado.

Além das incidências radiológicas para abdome agudo, exame proctológico, que incluiu rotineiramente a realização da retossigmoidoscopia rígida ou flexível, todos os pacientes foram submetidos a exames laboratoriais hematimétricos e bioquímicos. Estes exames tiveram como objetivo oferecer maiores informações sobre as condições clínicas do paciente, bem como estabelecer o nível de obstrução<sup>13</sup>. Foi

solicitada ultra-sonografia em alguns pacientes, como preconizado por Portnoi et al (2001)<sup>14</sup>, mas não foi, para este estudo, considerado exame de rotina.

## RESULTADOS

A idade variou entre 43 e 96 anos, sendo a média de 62,5 anos. Todos os pacientes foram submetidos a cirurgia para tratamento de tumor maligno colorretal, tipo adenocarcinoma, com tempos de evolução que variaram entre 5 meses a 3 anos. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (62,5%).

Dos 32 pacientes que apresentaram quadro de obstrução intestinal (OI) no pós-operatório tardio do tratamento cirúrgico para o tumor maligno colorretal, sete não foram operados. Estes apresentaram, como sinais e sintomas, parada de eliminação de fezes, cólicas abdominais e distensão abdominal e ruídos hidro-aéreos aumentados. Eles foram tratados clinicamente com sonda nasogástrica, suspensão da dieta oral, antiespasmódicos e hidratação parenteral. Esse tratamento, para os casos de suboclusão, foi eletivo e o resultado foi a defecação entre 24 e 48 horas, após instituída a terapêutica conservadora. Houve concomitantemente parada da dor e desaparecimento da distensão abdominal. Este quadro clínico foi atribuído às aderências abdominais.

Nos pacientes submetidos ao tratamento conservador foram realizados exames de seguimento do câncer colorretal, como tomografia computadorizada do abdome com contraste, colonoscopia e dosagem do CEA, não se observaram sinais de recidiva. Em dois casos, por meio da tomografia computadorizada do abdome, houve sugestão da presença de aderências pela visualização de fixação de alças à parede abdominal.

Vinte e cinco pacientes foram submetidos ao tratamento cirúrgico convencional, ou seja, à

**Tabela 1 - Complicações no pós operatório de pacientes com OI.**

<b>Sistêmicas</b>	<b>Número de casos</b>
Insuficiência respiratória	02
Insuficiência renal	02
Arritmias cardíacas	01
Pneumonia e derrame pleural	01
<b>Locais</b>	<b>Número de casos</b>
Infecção da ferida operatória	03
Evisceração	01

*Todas estas complicações foram observadas em duas pacientes idosas.*

laparotomia exploradora, por incisão mediana supra e infra-umbilical, quando foi detectado o fator etiológico da obstrução intestinal: vinte e um casos de aderências por acotovelamento de alças de delgado. Em três casos (12%) houve abertura de alças durante a dissecação, mas apenas um caso necessitou de ressecção de cerca de 60 cm de íleo. Esta paciente era idosa (96 anos), evoluiu com arritmias cardíacas, insuficiência renal aguda e derrame pleural bilateral, permanecendo 14 dias na unidade de terapia intensiva (UTI), recuperando-se sem seqüelas. Outra paciente de 76 anos apresentou insuficiência renal e respiratória, sendo internada na UTI por duas vezes, com tempo de internação de 18 dias, principalmente pelo íleo paralítico prolongado. Outros três pacientes deste grupo apresentaram infecção da ferida operatória e foram tratados com cuidados locais, evoluindo satisfatoriamente.(Tabela-1)

Dos vinte e cinco pacientes operados, 4 eram diabéticos e hipertensos, 6 hipertensos e 1 com seqüelas de acidente vascular cerebral. Estas co-morbidades estavam presentes no pré-operatório de forma descompensada.

As aderências foram mais freqüentes em procedimentos realizados para tumores localizados no cólon esquerdo, apresentando, quando comparados com o cólon direito, uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

Dois casos de OI foram decorrentes da recidiva tumoral pélvica com comprometimento de alças de delgado e formação de massa, o que dificultou a dissecação. Desfeitas as aderências, todos os pontos do peritônio foram ressecados junto com algumas lesões nodulares da superfície das alças intestinais de delgado, que foram confirmadas como sendo espécime tumoral pelo exame anatomopatológico. Nestes dois casos foram realizadas ileostomias e a evolução dos dois

casos foi para óbito, determinando uma mortalidade global de 6,25%. Os óbitos ocorreram um no quarto dia de pós-operatório e o outro com quarenta e sete dias. Em dois casos havia recidiva do tumor no local da anastomose íleocólica, sendo a causa da obstrução da luz intestinal. Foram devidamente ressecados e ampliada a extensão da ressecção. O trânsito foi reconstruído no mesmo tempo com a realização de ileorretoanastomose.

Estes dois últimos casos estavam em seguimento pós-operatório, livres de doença, até agosto de 2002, sendo que um paciente tem vinte e oito meses de pós-operatório da primeira cirurgia e cinco da reoperação, e o outro, cinqüenta e dois meses da primeira cirurgia e onze meses da reoperação.(Tabela-2)

## DISCUSSÃO

O paciente com antecedente de cirurgia para tratamento de câncer colorretal, que apresenta quadro de obstrução intestinal, constitui um problema para o cirurgião, que na situação de urgência precisa saber se se trata de uma recidiva tumoral ou obstrução intestinal por aderências<sup>3</sup>. Isto se torna mais preocupante diante da suboclusão, pois o atraso diagnóstico, poderá trazer conseqüências graves para a evolução do paciente<sup>9,10</sup>.

Neste estudo a média das idades aponta que a faixa etária dos pacientes com o quadro de OI é elevada, o que está de acordo com as experiências de outros autores<sup>4,10</sup>. O sexo feminino foi o mais acometido pela OI, sendo a diferença entre a distribuição por sexo estatisticamente significativa ( $p < 0,00$ ), semelhante ao que foi apresentado por Borie et al (2002)<sup>15</sup>.

A obstrução intestinal no pós-operatório de pacientes tratados de câncer colorretal, com procedimentos curativos, foi decorrente de aderências

**Tabela 2 - Tratamento e etiologia da OI nos pacientes operados anteriormente por câncer colorretal**

Clínico (conservador)	Número de casos
Suspeita de aderências	07
<b>Cirúrgico</b>	
Aderências benignas	21
Aderência por neoplasia maligna	04 $p < 0,005$

Nos casos de suspeita de aderências, não foram detectados sinais de recidiva, até agosto de 2002 os pacientes continuavam em acompanhamento ambulatorial.  
 $p < 0,005$  - considerado significante.

de natureza benigna, na grande maioria dos casos (65,6%), o que está de acordo com os estudos de Parker et al (2001)<sup>4</sup>. Estes autores demonstraram que as aderências foram os principais fatores etiológicos pós cirurgicos de operações abdominais por outras doenças além do câncer, principalmente quando realizados no abdome inferior<sup>4</sup>.

A indicação da operação não deve ser retardada para justificar realização de exames, se as condições do paciente não permitem esperar<sup>15</sup>. O diagnóstico clínico de OI, com a história e minucioso exame físico, complementado pela rotina radiológica para abdome agudo e a avaliação do tumor pelo exame digital e retossigmoidoscópico<sup>13,16</sup>, parece ser suficiente na situação de emergência.

Os casos de suboclusão têm evolução favorável nas primeiras vinte e quatro horas, diferente dos casos de obstrução completa. O tratamento conservador pode ser uma opção segura, mas o cirurgião não deve manter a terapêutica clínica, quando as condições do paciente demonstram claramente deteriorização do estado geral, comumente agravado pelos vômitos, que podem provocar o desequilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico, com agravamento das condições respiratórias já prejudicadas pela restrição causada pela distensão.

A opção do tratamento cirúrgico, geralmente uma laparotomia exploradora para lise de aderências, dependendo da extensão pode ser um procedimento simples, ou desastroso quando as alças adelgadas rompem-se nos procedimentos de dissecação, nas tentativas de descolamento das alças, aumentando a morbidade<sup>17,18</sup>, principalmente quando se trata de pacientes idosos com co-morbidades sistêmicas variadas, como diabetes, hipertensão, insuficiência

vascular cerebral e doenças osteo-articulares degenerativas, e mesmo com reservas funcionais diminuídas decorrentes da própria idade<sup>7,8</sup>.

Sempre que possível o tratamento das OI de natureza maligna, deve ser realizado observando-se a qualidade de vida do paciente, muito embora este estudo tenha demonstrado que, quando os casos avançados de recidiva são o fator etiológico da OI, a sobrevida é mínima. Comportamento semelhante observado por Beck et al (1999)<sup>19</sup>, em recidivas limitadas, que o crescimento do tumor ocorreu para a luz do órgão, a possibilidade de ressecção curativa não pode ser descartada, devendo o cirurgião proceder no ato cirúrgico de forma que a ressecção seja realizada na extensão que for necessária, salvo em casos que o estado clínico não autorize um tempo cirúrgico alargado, ou que se trate apenas de um procedimento paliativo<sup>20,21</sup>.

## CONCLUSÃO

A abordagem da OI no pós-operatório tardio de ressecções de tumores malignos colorretais, não deve ser estigmatizada como quadro de mau prognóstico, já que a maioria dos casos é decorrente de aderências benignas, tendo uma evolução satisfatória. A decisão entre tratamento conservador e cirúrgico é problemática, mas se criteriosa, não constitui fator agravante à morbimortalidade. Os tumores do lado esquerdo foram mais responsáveis pelo quadro de obstrução por bridas e o tratamento cirúrgico foi o mais utilizado com boa evolução, com apenas dois óbitos, ocorridos em recidivas em estágio avançado de carcinomatose.

---

**SUMMARY:** The study aimed to establish the incidence of intestinal obstruction in patients operated on for treatment of colo-rectal cancer, analyzing the time of appearance of the intestinal obstruction in the postoperative, the nature of this obstruction, if for benign adhesions or tumoral growth with involvement of intestinal loops, topography of the primary cancer and its correlation with obstruction and the analysis of the adopted therapeutical management. The majority of the patients was of the female sex with median age of 62,5 years. It was evidenced that the majority of the obstruction is due to benign adhesions. The patients have been treated adequately, clinic or surgically, without modification of the morbimortality. The operations carried out for tumors of the left side had presented a greater frequency of delayed obstruction.

**Key words:** intestinal obstruction, colo-rectal câncer, adhesions.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ripamonti C, Conno FD, Ventafridda V et al - Management of bowel obstruction in advanced and terminal cancer patients. *Ann Oncol*; 1993, 4:15-21.

2. Krook, SS - Obstruction of the small intestine due to adhesions and bands. *Acta Chir Scand*; 1947, 101(95):1-200.
3. Menzies, D, Ellis H - Intestinal Obstruction from adhesions-how big is the problem? *Ann R Coll Surg Engl*; 1990, 72:147-53.

4. Parker MC, Harold CBE, Brendan, JM et al - Postoperative adhesions: Ten-year follow-up of 12,584 patients undergoing lower abdominal surgery. **Dis Colon Rectum**; 2001, 44(6):822-830.
5. Welch JP, Donaldson GA - Management of severe obstruction of the large bowel due to malignant disease. **Am J Surg**; 1994, 127:492-499.
6. Huddy SP, Shorthouse AJ, Marks CG - The surgical treatment of intestinal obstruction due to carcinoma of the colon. **Ann R Coll Surg Engl**; 1988, 70:40-43.
7. Jucá MJ, Batista, IC, Kobata CM - Apendicite Aguda com idade superior a 60 anos. **An Paul Méd Cir**; 1989, 116(1,2):35-43.
8. Jucá, MJ - Aspectos morfológicos, morfométricos e citoquímicos do duodeno de ratos com diferentes idades. **Tese de mestrado, UNIFESP**, São Paulo, 1991.
9. Brown SC, Walsh S, Sykes PA - Operative mortality and surgery for colo-rectal cancer. **Br J Surg**; 1998, 75: 645-7.
10. Setti Carraro PG, Segala M, Cesana B, Tibério G - Obstructing colonic cancer : Failure and survival patterns over a ten-year follow-up after one-stage curative surgery. **Dis colon Rectum**; 44(2):243-250.
11. Beart RW, Van Heerden JA & Beahrs OH - Evolution in the pathologic staging of carcinoma of the colon. **Surg Gynecol Obstet**; 1978, 146: 257-63.
12. Broders AC - The grading of carcinoma. **Minn Med**; 1925, 8: 726-8.
13. Jucá MJ - Estudo da validação do exame digital do reto no estadiamento clínico pré-operatório dos adenocarcinomas tocáveis de reto. **Tese de Doutorado, UNIFESP**, 1997
14. Portnoi L, Legostaeva T, Kirillova N - Ultrasound study in the diagnosis of colon obstruction. **Vestn Rentgenol Radiol**; 2001, 6: 19-28.
15. Borie F, Daures JP, Millat B, Puch P, Tretarre B - Influence of environment and healthcare structures on the survival of patients with colorectal cancer : a French population-based study. **J Surg Oncol**; 2002, 80: 137-42.
16. Jucá MJ, Matos D, Díppolito, G - Validação do exame digital do reto no estadiamento dos adenocarcinomas tocáveis de reto. **Rev Bras Coloproct**; 1999, 19(4):248-258.
17. Tejero E, Fewrnández-Lobato R, Mainar A, Montes C et al - Initial results of a new procedure for treatment of malignant obstruction of the left colon. **Dis colon rectum**; 1997, 40(4):324-56.
18. Jamski J, Graca M, Orlicki P - Small intestine obstruction caused by primary malignant neoplasms. **Ann Surg**; 2001; 58(10): 943-4.
19. Beck DE, Opelka FG, Bailey HR et al - Incidence of small-bowel obstruction and adhesiolysis after open colorectal and general surgery. **Dis colon Rectal**; 1999, 42: 241-8.
20. Gwilliam B, Bailey C - The nature of terminal malignant bowel obstruction and its impact on patients with advanced cancer. **Int J Palliat Nurs**; 2001, 7(10):474-81.
21. De Salvo GL, Gava C, Pucciarelli S, Lise M - Curative surgery for obstruction from primary left colorectal carcinoma: primary or staged resection ? **Cochrane Database Syst Rev**; 2002, (1):CD002101.

**Endereço para correspondência:**

Mario Jucá  
Adelaide de Melo Mota, Lote 2 Serraria  
57046-020 - Maceió ( AL)  
E-mail: mario.juca@uol.com.br