
OCCLUSÃO INTESTINAL EM DOENTES OPERADOS POR CARCINOMA COLORRETAL

ANTONIO SÉRGIO BRENNER, FSBCP
ROBERTO DA SILVEIRA MORAES, TSBCP
FERNANDO JORGE DE SOUZA, TSBCP
SÉRGIO BRENNER, TSBCP

BRENNER AS, MORAES RS, SOUZA FJ & BRENNER S - Oclusão intestinal em doentes operados por carcinoma colorretal. *Rev bras Colo-Proct*, 1992; 12(4): 129-131

RESUMO: A controvérsia na conduta do paciente em oclusão intestinal, com cirurgia prévia por carcinoma colorretal, permanece. Revisando 618 doentes operados por carcinoma colorretal encontramos 31 (7,34%) doentes submetidos a laparotomia por oclusão intestinal. Em sete doentes a oclusão ocorreu devido a doença benigna e em 24 por recidiva neoplásica nos intestinos delgado e grosso. Nos 24 casos de recidiva, foram realizadas cinco laparotomias sem nenhum tipo de procedimento descompressivo, 11 enterocoloanastomoses, três ênteroenteroanastomoses, seis colostomias e uma ileostomia. Não foi possível a ressecção da recidiva tumoral em nenhum destes doentes. Não houve mortalidade imediata. A sobrevida média foi de 5,2 meses após a resolução da oclusão.

UNITERMOS: câncer colorretal; oclusão intestinal

A oclusão intestinal em pacientes com ressecção prévia de neoplasia colônica é de diagnóstico e conduta mais difíceis. O desafio é maior em doentes que apresentam queda do estado geral, metástases ou caquexia. Ocorre também uma tendência natural da equipe médica em manter conduta conservadora, no sentido de evitar nova laparotomia.

A cirurgia pode, em muitos casos, ser benéfica pela possibilidade de se tratar de doença benigna ou poder propiciar um tratamento paliativo.

O espectro desse tipo de doente, que em geral é idoso, com fatores de risco associados, ou em estado de desnutrição, requer avaliação delicada, para então se optar por uma indicação cirúrgica segura.

Estudos recentes de Ellis, N. et alli, Spears, H. et alli e Pathak, V. et alli aconselham conduta mais agressiva, demons-

trando bons resultados do ponto de vista de qualidade de vida quando se realiza a cirurgia descompressiva.

O presente estudo revisa os doentes operados por adenocarcinoma colorretal e que apresentaram quadro de oclusão intestinal. Reavalia a indicação cirúrgica e compara os resultados com os da literatura de um assunto ainda pouco explorado e com que o cirurgião freqüentemente se depara.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram revisados os prontuários de 618 doentes operados por adenocarcinoma colorretal no período de 1962 a 1990, dos quais 422 tiveram seguimento.

Trinta e um pacientes (7,34%) foram operados com quadro de oclusão intestinal. Não foram considerados os quadros de subocclusão, os doentes em fase terminal e os casos com recidiva na anastomose.

O diagnóstico foi baseado na história clínica e exame radiológico do abdômen em pé e deitado. Foi suspeitado de doença maligna quando havia história prévia de emagrecimento, anorexia ou tumor palpável.

Todos os pacientes passaram por um período de observação de 12 a 48h, com sonda nasogástrica, jejum, hidratação e antiespasmódicos. No caso de não se observar melhora clínica formalizava-se a indicação cirúrgica.

RESULTADOS

Dezesseis eram do sexo masculino e 15 do sexo feminino.

A faixa etária de maior incidência foi entre 40 e 69 anos, sendo a idade mínima de 32 anos e a máxima de 83 anos. A média etária foi de 58 anos (Tabela 1).

Em sete (22,58%) casos a causa da oclusão foi devida a doença benigna e em 24 (77,41%) por recidiva da neoplasia.

Em todos os casos de doença benigna (brida) a oclusão ocorreu no intestino delgado. Das oclusões por doença maligna, em 13 pacientes ocorreu a nível de intestino delgado, por carcinomatose peritoneal, e em 11 doentes no intestino grosso.

A localização do tumor primitivo pode ser vista na Tabela 2.

Tabela 1

Idade	Nº de doentes
30 a 39	3
40 a 49	6
50 a 59	6
60 a 69	9
70 a 79	5
80 a 89	2
Total	31

Tabela 2 - Localização do tumor primitivo.

Ceco	3
Ascendente	2
Transverso	1
Descendente	3
Sigmóide	6
Junção retossigmóide	8
Reto intraperitoneal	2
Reto extraperitoneal	6
Total	31

As cirurgias prévias para tratamento da neoplasia primária nos 31 doentes foram: cinco hemicolectomias direita, uma ressecção do colo transverso, três hemicolectomias esquerda, três sigmoidectomias, 10 retossigmoidectomias com anastomose manual, uma retossigmoidectomia com anastomose mecânica, seis amputações abdômino-perineais, uma derivação interna e uma colostomia (Tabela 3).

Tabela 3 - Cirurgia para tratamento da neoplasia primária.

Hemicolectomia direita	5
Ressecção do transverso	1
Hemicolectomia esquerda	3
Sigmoidectomia	3
Retossigmoidectomia manual	10
Retossigmoidectomia mecânica	1
Cirurgia de Miles	6
Derivação interna	1
Colostomia	1

O tempo de oclusão após a primeira cirurgia foi maior que três anos em todos os casos de oclusão benigna. Nos 24 casos de obstrução de causa maligna, esta sempre ocorreu em um período menor que três anos.

Os sete doentes com oclusão intestinal por doença benigna foram submetidos à liberação das bridas, com boa evolução pós-operatória.

Nos 24 doentes com neoplasia realizaram-se cinco laparotomias, sem nenhum tipo de cirurgia paliativa, 11 cirurgias de derivação interna, sendo oito enterocoloa-

nastomoses e três êntero-enteroanastomoses, seis colostomias e uma ileostomia.

Não foi possível a ressecção da doença em nenhum dos doentes operados por recidiva tumoral.

Dos cinco doentes submetidos a laparotomia sem nenhum procedimento descompressivo, dois faleceram até o 7º dia pós-operatório e os três restantes dentro dos primeiros 30 dias.

Não houve mortalidade imediata nos doentes em que foi aliviada a oclusão pela derivação interna ou colostomia.

A sobrevida média para os 19 doentes operados por recidiva tumoral foi de 5,2 meses.

DISCUSSÃO

Poucos estudos na literatura tratam especificamente deste assunto, prejudicando assim uma adequada comparação entre autores.

No presente trabalho a oclusão em doentes operados por adenocarcinoma colorretal ocorreu em 7,34%. Nestes casos foi devido a recidiva da neoplasia em 24 (87,41%) doentes e por etiologia benigna em sete (22,58%) doentes. A literatura mostra grandes variações entre estes números. Ketcham et al. encontraram somente 15 oclusões por doença maligna em uma série de 117 doentes. Osteen relata que, de 62 pacientes tratados cirurgicamente, em 30 (48%) a oclusão ocorreu por doença benigna e em 32 (52%) por ser maligna. Spears relata 32 casos de etiologia maligna em uma série de 62 pacientes tratados cirurgicamente. Chama a atenção para os pacientes que apresentam quadro de oclusão após 30 dias da primeira cirurgia, por ser maior a incidência de recidiva neoplásica neste grupo.

Observamos maior tempo de evolução nos pacientes que ocluíram por bridas (maior que três anos), comparando-se com o grupo que apresentou recidiva neoplásica. Este achado pode servir como orientação quanto à causa da oclusão.

Spears et al. citam 22% de sucesso no tratamento não cirúrgico, porém surgiram complicações como sepse, abscesso intra-abdominal e peritonite em suas séries, que poderiam ser evitadas com a cirurgia. Neste trabalho estudamos apenas os doentes submetidos a tratamento cirúrgico.

A incidência de oclusão foi maior no intestino delgado (64,51%), sendo em 41,93% pela presença de carcinomatose peritoneal e em 22,58% por doença benigna. Ellis et al. citaram 36% de recidiva maligna causando oclusão de intestino delgado.

Apesar de se operar doentes com carcinomatose peritoneal, não observamos dificuldade técnica na realização de anastomose interna ou derivação do trânsito.

Pela análise deste material, recomendamos a indicação cirúrgica nos casos de oclusão intestinal em doentes com história pregressa de neoplasia. Verificamos que existe a possibilidade de se tratar de doença benigna em 22,5% dos casos. Conseguimos aliviar a oclusão com técnicas descompressivas em 79,1% dos doentes com recidiva neoplásica sem mortalidade operatória. A sobrevida média alcançada nestes casos foi de 5,3 meses, o que justifica uma atitude mais agressiva.

BRENNER AS, MORAES RS, SOUZA FJ & BRENNER S - Intestinal obstruction in patients with a prior surgery for colorectal carcinoma.

SUMMARY: Surgical treatment of patients with intestinal obstruction due to recurrent colorectal malignant disease remains subject of controversies. In a review of a series of 618 patients operated for colorectal cancer we have found 31 patients (7.34%) who required further laparotomy due to intestinal obstruction. In this last group, obstruction was due to adhesions in seven cases and malignant recurrence was found in the remaining 24 patients. All patients underwent a laparotomy and no decompressive procedure was performed in five patients. In eleven patients an entero-coloanastomosis was performed, entero-enteroanastomosis in three, colostomy in six and ileostomy in one patient. In no patient resection of malignant recurrence was possible. No post-operative mortality and a mean surgical of 5.2 months were found in patients who underwent a decompressive procedure.

KEY WORDS: colorectal cancer; intestinal obstruction

REFERÊNCIAS

1. Pathak V, Swaminathan A, Ghuman SS, Raina S, Rush Jr. BF. Intestinal obstruction in carcinomatosis. *Am Surg* 1980; 46(12): 691-93.
2. Osteen RT, Guyton S, Steele Jr. G, Wilson RE. Malignant intestinal obstruction. *Surgery* 1980; 87(6): 611-15.
3. Sufian S, Matsumoto T. Intestinal obstruction. *Am J Surg* 1975; 130: 9-14.
4. Gallick HL, Weaver DW, Sachs RJ, Bowman DL. Intestinal obstruction in cancer patients. *Am Surg* 1986; 52(8): 434-37.
5. Baines M, Oliver DJ, Carter RL. Medical Management of intestinal obstruction in patients with advanced malignant disease. *Lancet* 1985; 2: 990-93.
6. Walsh HPJ, Schofield. Is laparotomy for small bowel obstruction justified in patients with previously treated malignancy? *Br J Surg* 1984; 71(12): 933-935.
7. Butler JA, Cameron BL, Morow M, Kahng K, Tom J. Small bowel obstruction in patients with a prior history of cancer. *Am J Surg* 1991; 162(6): 624-28.
8. Johnson WR, McDermott FT, Pihl E, Hughes ESR. Small intestinal obstruction following resection for carcinoma of the rectum. *Aust NZ J Surg* 1981; 51(1): 34-6.
9. Ellis CN, Boggs Jr. W, Slagle GW, Cole PA. Small bowel obstruction after colon resection for benign and malignant diseases. *Dis Colon Rectum* 1991; 34(5): 367-71.
10. Spears H, Petrelli NJ, Herrera L, Mittelman A. Treatment of bowel obstruction after operation for colorectal carcinoma. *Am J Surg* 1988; 155: 383-86.
11. Glass RL, LeDuc RJ. Small intestinal obstruction from peritoneal carcinomatosis. *Am J Surg* 1973; 125: 316-18.

Endereço para correspondência:

Antônio Sérgio Brenner
Rua Brasilino Moura, 559 - São Lourenço
80530 - Curitiba - PR