

TRAUMA, CIRURGIA E MEDICINA INTENSIVA

EDIÇÃO X

Capítulo 27

NEOPLASIA DE SIGMÓIDE OBSTRUTIVA ASSOCIADA A CARCINOMATOSE PERITONEAL: UM RELATO DE CASO

RAFAELA KIRSCH VERZA¹
LETÍCIA PFITSCHER⁴
MARTINA BRANDEBURSKI CAMARGO²
LAURA STRACK LAINI²
DANIELLE COUTINHO RODRIGUES²
MURILO BRANDEBURSKI BORDIGNON³

¹Medico - Residente de Cirurgia Geral – Unisinos.

²Discente - Medicina na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

³Discente - Medicina na Universidade Católica de Pelotas (UCPEL).

⁴Medico - Residente de Cirurgia Geral - Santa Casa de Porto Alegre.

Palavras-chave: Carcinomatose Peritoneal; Neoplasia de Sigmoides Obstrutiva; Colostomia.

DOI

10.59290/0892115106

EDITORA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A obstrução intestinal é uma das principais emergências cirúrgicas, representando causa frequente de atendimento em serviços médicos de emergência. Entre os fatores etiológicos, as neoplasias colorretais constituem uma das causas mais relevantes, especialmente em pacientes com tumores localmente avançados ou que já são metastáticos. Estima-se que aproximadamente 30% dos pacientes com neoplasia colorretal possam apresentar-se inicialmente com complicações obstrutivas, perfurativas ou hemorrágicas, o que impacta negativamente o prognóstico e o tratamento.

O cólon sigmoide é o segmento mais comumente acometido pela obstrução neoplásica, dada sua menor luz e maior propensão ao estreitamento tumoral. Nesses cenários, o exame de imagem inicial é a tomografia computadorizada que permite avaliar a extensão da obstrução, estadiamento inicial e identificação de sinais de possíveis complicações. A conduta cirúrgica depende da estabilidade clínica, do grau de obstrução, da possibilidade de ressecção e da presença de metástases. Em casos avançados, a colostomia derivativa representa medida paliativa eficaz para alívio imediato da obstrução e encaminhamento para tratamento oncológico sistêmico. O relato de caso apresentado descreve uma obstrução intestinal secundária a neoplasia estenosante de sigmoide, com necessidade de abordagem cirúrgica emergencial, destacando os desafios diagnósticos e terapêuticos nestes casos.

Este capítulo tem como objetivo apresentar e analisar um caso de obstrução intestinal secundária a neoplasia colorretal avançada, enfatizando sua relevância como emergência cirúrgica, descrevendo os principais desafios diagnósticos na avaliação inicial, especialmente no uso da tomografia computadorizada, e discutin-

do as estratégias terapêuticas indicadas quando a ressecção tumoral não é viável, com destaque para o papel da colostomia derivativa como medida eficaz para descompressão e estabilização clínica. Busca-se, ainda, contextualizar a importância da intervenção precoce e individualizada frente às particularidades anatômicas, clínicas e oncológicas desses pacientes.

MÉTODO

Este trabalho é um relato de caso descritivo baseado na revisão do prontuário e na observação clínica do paciente, com coleta retrospectiva de dados clínicos, cirúrgicos e de imagem. Foram analisadas informações referentes à admissão, evolução hospitalar, exames complementares, achados tomográficos, conduta operatória, evolução pós-operatória e encaminhamento oncológico. A seleção e organização dos dados foram realizadas de forma cronológica, permitindo reconstruir o curso clínico do paciente desde o início dos sintomas até a definição terapêutica. A descrição do caso seguiu os princípios éticos aplicáveis a relatos clínicos, garantindo confidencialidade e anonimização das informações pessoais. Não foram realizadas intervenções experimentais, restringindo o estudo à análise documental e à interpretação crítica dos achados clínicos, radiológicos e cirúrgicos, com o objetivo de contextualizar o caso dentro das evidências atuais sobre obstrução intestinal por neoplasia colorretal avançada e suas repercussões no manejo emergencial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relato de Caso

J.S, 53 anos, sexo masculino, etilista crônico, com diagnóstico prévio de neoplasia de cólon há 3 meses sem antecedentes cirúrgicos abdominais ou demais comorbidades prévias associadas. Iniciou com um quadro de dor abdominal intensa, associado a náuseas e vômitos.

Nas primeiras 24 horas após o início da sintomatologia o paciente evoluiu com redução progressiva da eliminação de flatos, seguido de diarreia paradoxal com distensão abdominal importante, caracterizando assim um quadro de suboclusão intestinal. Paciente deu entrada no serviço de emergência hospitalar, após piora do quadro de dor abdominal, que tornou-se contínua e difusa, associada a ausência de flatos e eliminação de fezes. Na admissão encontrava-se em regular estado geral, hipocorado, com abdome distendido, timpânico e doloroso a palpação profunda, apresentando sinais de defesa compatíveis com um quadro de abdome agudo obstrutivo.

Foi solicitado uma tomografia computadorizada (TC) de abdome total, que evidenciou uma lesão expansiva estenosante de colón sigmoide medindo aproximadamente 11,2 cm, com importante dilatação do cólon de até 78 cm, apresentando acometimento de serosa, e infiltração de gordura mesentérica adjacente, linfonodos mesentéricos patológicos e espessamento peritoneal. Os achados na TC eram compatíveis com obstrução intestinal secundária a neoplasia colorretal avançada. Diante do quadro apresentado, indicou-se intervenção cirúrgica de urgência.

A abordagem cirúrgica iniciou-se com uma laparotomia mediana supra e infraumbilical, sob condições adequadas de assepsia e antisepsia. Ao abrir a cavidade abdominal, foi identificado carcinomatose peritoneal difusa, tumoração de cólon comprometendo a parede abdominal periumbilical e distensão acentuada de cólon transverso. Havia a presença de líquido sero-hemático e múltiplos implantes peritoneais. Após realizou-se a lavagem da cavidade com soro fisiológico e aspiração do conteúdo, sendo procedido com liberação do cólon transverso para a realização da ostomia derivativa. A colostomia foi realizada com suporte para alça intestinal tipo "estribo" confeccionado com

sonda número 16 devido ao risco de desabamento. A parede abdominal foi fechada em planos com sutura contínua de aponeurose em PDS 0 e pele com nylon 4-0. No pós-operatório imediato, o paciente manteve estabilidade hemodinâmica, estoma funcionando e ausência de sinais de irritação peritoneal ou complicações precoces. Seguiu em acompanhamento cirúrgico durante internação hospitalar, obteve boa evolução no pós operatório imediato com aceitação de dieta por via oral adequada e ostomia funcionando, posteriormente foi encaminhado para avaliação oncológica, dada a extensão da doença metastática.

Discussão

A neoplasia colorretal é muito prevalente tanto entre homens como mulheres, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), este tipo de neoplasia é apontada como o terceiro tipo de câncer mais comum entre homens no Brasil, atualmente estima-se cerca de 22 mil novos casos por ano na população masculina. No Brasil, não há um registro populacional único que quantifique de forma consolidada a proporção de pacientes com câncer colorretal que recebem intervenção cirúrgica exclusivamente no momento da obstrução. Séries brasileiras mostram ampla variação: entre ~10% e 33% dos casos podem debutar como emergência (obstrução ou perfuração), e, nas coortes de cirurgia de emergência, a obstrução corresponde à indicação predominante (relatos de ≈78%).

A obstrução intestinal decorrente de neoplasia colorretal avançada representa uma emergência cirúrgica de alta complexidade, especialmente quando associada a sinais de carcinomatose peritoneal, como observado no caso descrito. A tomografia de abdômen total com contraste endovenoso segue sendo o exame inicial de escolha, todavia apresenta limitação diagnóstica no que tange a avaliação da extensão e presença de carcinomatose peritoneal, sendo

muitas vezes vista como um espessamento no exame de imagem e posteriormente melhor avaliada durante o ato cirúrgico (**Figura 27.1**).

Figura 27.1 Imagem da tomografia computadorizada realizada em equipamento de múltiplos detectores (multislice) com cortes volumétricos obtidos no plano axial antes, durante e após a injeção intravenosa de meio de contraste iodado não iônico



Legenda: Distinções importantes de alças intestinais, com presença de níveis hidroaéreos indicando abdome agudo obstrutivo

A conduta cirúrgica em pacientes com neoplasia colorretal metastática e obstrução aguda deve priorizar o alívio do quadro obstrutivo e a estabilização do paciente, especialmente quando não é possível realizar ressecção tumoral curativa devido à extensão da doença como no relato apresentado acima. A presença de carcinomatose peritoneal, múltiplos implantes e infiltração tumoral de estruturas adjacentes configuram doença avançada, tornando a colostomia derivativa a opção mais segura e eficaz. A realização de ostomia em alça com suporte (“estribo”) é uma técnica útil em casos de distensão acentuada e risco de colapso da alça, garantindo a viabilidade do estoma no pós-operatório.

O manejo pós-operatório adequado também representa etapa fundamental, uma vez que esses pacientes apresentam risco aumentado de complicações infecciosas, deiscência e distúrbios hidroeletrólíticos. O paciente em questão evoluiu de forma satisfatória, com estoma fun-

cionante e recuperação adequada, o que permitiu seu encaminhamento precoce para avaliação oncológica.

Para indivíduos com doença metastática, o objetivo terapêutico subsequente costuma ser o tratamento sistêmico, voltado para controle da doença e melhora da qualidade de vida, havendo em alguns casos a possibilidade de ser indicado quimioterapia para diminuição da lesão e posterior tentativa de ressecção. Portanto, o caso ilustra os desafios diagnósticos e terapêuticos na abordagem de obstrução intestinal por câncer colorretal avançado, reforçando a importância da avaliação rápida, do diagnóstico por imagem e da intervenção cirúrgica individualizada conforme a condição clínica e o estadiamento do paciente

CONCLUSÃO

A obstrução intestinal secundária a neoplasia colorretal é uma condição de elevada gravidade com risco de vida que requer diagnóstico rápido e conduta cirúrgica imediata. O caso apresentado torna evidente o potencial de evolução da doença e as limitações terapêuticas quando o diagnóstico da neoplasia colorretal é realizado tardiamente. A presença de carcinomatose peritoneal e a extensão da lesão com comprometimento da parede abdominal inviabilizou a ressecção tumoral, tornando a colostomia derivativa a melhor estratégia para resolução da obstrução e estabilização clínica do paciente.

Assim, o caso reforça a necessidade de reconhecimento precoce dos sinais de obstrução, utilização apropriada dos métodos diagnósticos e escolha da técnica cirúrgica mais adequada para garantir descompressão eficaz e diminuir os riscos de prolapso da ostomia, bem como a melhora dos sintomas e a continuidade do cuidado oncológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Câncer de Intestino: versão para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA, jun. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/intestino/versao-para-profissionais-de-saude>. Acesso em: 4 dez. 2025.

KLAVER, Y.L. *et al.* Carcinomatose peritoneal de origem colorretal: incidência, prognóstico e opções de tratamento. *World Journal of Gastroenterology*, v. 18, n. 39, p. 5489-94, 2012. DOI: 10.3748/wjg.v18.i39.5489.

RAMOS, R. F. *et al.* Colon Cancer Surgery in Patients Operated on an Emergency Basis. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 44, n. 5, p. 465–470, set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-69912017005007>.

SANT'ANNA ARAGÃO, I. C. *et al.* Obstrução intestinal do cólon e retossigmoidectomia na emergência: uma análise sobre Câncer de Cólon. *Caminhos da Clínica*, [S. l.], n. 1, 2023. DOI: 10.47385/camclin.4037.1.2022.