

**Câncer colorretal com obstrução em alça fechada e ruptura do ceco: um relato de caso****Colorectal cancer with closed loop obstruction and cecum rupture: a case report**

DOI:10.34117/bjdv6n7-278

Recebimento dos originais: 13/06/2020

Aceitação para publicação: 13/07/2020

**Thaís Ribeiro Garcia**

Acadêmica de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, Goiás, Brasil  
Instituição: Departamento de Medicina, UniEvangélica  
Endereço: Av. Universitária Km 3,5 Cidade Universitária - Anápolis/GO, CEP 75083-515  
E-mail: thaisrgarcia13@hotmail.com

**Louinne Ribeiro Issa Teixeira**

Médica Especialista em Cirurgia Geral, Hospital Municipal Jamel Cecílio, Anápolis-Goiás  
Preceptora do Internato Médico – UniEvangélica  
Instituição: Departamento de Medicina, UniEvangélica - Centro Universitário de Anápolis, Goiás  
Brasil  
Endereço: Av. Universitária Km 3,5 Cidade Universitária - Anápolis/GO, CEP 75083-515

**Miguel Carlos Azevedo Cruz**

Acadêmico de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, Goiás, Brasil  
Instituição: Departamento de Medicina, UniEvangélica. Endereço: Av. Universitária Km 3,5  
Cidade Universitária - Anápolis/GO, CEP 75083-515

**Rafaela Melo Macedo**

Acadêmica de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, Goiás, Brasil  
Instituição: Departamento de Medicina, UniEvangélica  
Endereço: Av. Universitária Km 3,5 Cidade Universitária - Anápolis/GO, CEP 75083-515

**Eduardo Francisco Cardoso**

Acadêmico de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, Goiás, Brasil  
Instituição: Departamento de Medicina, UniEvangélica  
Endereço: Av. Universitária Km 3,5 Cidade Universitária - Anápolis/GO, CEP 75083-515

**Jalsi Tacon Arruda**

Pós-doutorado em Ciências Biológicas, Doutorado em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil  
Instituição: Departamento de Medicina, UniEvangélica - Centro Universitário de Anápolis  
Endereço: Av. Universitária Km 3,5 Cidade Universitária - Anápolis/GO, CEP 75083-515  
E-mail: jalsitacon@gmail.com

**RESUMO**

O câncer colorretal (CCR) refere-se a neoplasia que afeta toda a extensão do cólon. Já o câncer do retossigmoide refere-se a presença de neoplasia na porção final do cólon sigmoide e reto. O CCR apresenta alta incidência em todo o mundo, atingindo a faixa etária de 35 a 80 anos. Os principais

fatores de risco para a doença são a alimentação gordurosa e deficiente em fibras, consumo frequente de bebidas alcóolicas, idade acima de 50 anos e história de pólipos colorretais ou de doenças inflamatórias do intestino. O diagnóstico da doença pode ser realizado por pesquisa de sangue oculto nas fezes e colonoscopia. O tratamento pode ser cirúrgico, quimioterapia e radioterapia, usadas isoladas ou associadas, a depender da história clínica do paciente. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de câncer no retossigmoide, evoluindo com obstrução em alça fechada com ruptura do ceco. A paciente apresentou evolução pouco comum do câncer de retossigmoide. Tal quadro clínico propiciou diversas complicações no caso e a paciente infelizmente foi a óbito. Os dados descritos podem contribuir com os conhecimentos sobre essa patologia, implicações envolvidas, formas de diagnóstico, terapêutica e prognóstico.

**Palavras-chave:** Câncer de retossigmoide, Diagnóstico, Neoplasia, Prognóstico.

## **ABSTRACT**

Colorectal cancer (CRC) refers to a neoplasm that affects the entire extension of the colon. Rectosigmoid cancer, on the other hand, refers to the presence of neoplasia in the final part of the sigmoid and rectum. The CRC has a high incidence worldwide, reaching an age range of 35 to 80 years old. The main risk factors for diseases are fatty and fiber-deficient diet, frequent consumption of alcoholic beverages, age over 50 years and a history of colorectal polyps or inflammatory bowel diseases. The diagnosis of the disease can be made by testing for occult blood in stool and colonoscopy. Treatment can be surgical, chemotherapy and radiotherapy, used alone or in combination, depending on the patient's clinical history. The present study aims to report a clinical case of rectosigmoid cancer, evolving with closed-loop obstruction with rupture of the cecum. The patient had an unusual evolution in rectosigmoid cancer. This clinical picture led to several complications in the case and one patient was unfortunately a victim. The selected data can contribute to the knowledge about this pathology, applied implications, forms of diagnosis, therapy and prognosis.

**Keywords:** Rectosigmoid cancer, Diagnosis, Neoplasia, Prognosis.

## **1 INTRODUÇÃO**

O câncer colorretal (CCR) é considerada uma doença crônica não transmissível que possui alta prevalência no mundo, sendo enquadrada como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil. A principal forma de iniciação desse tipo de neoplasia se dá a partir da formação de pólipos, lesões benignas que se desenvolvem na mucosa (lúmen) intestinal (PEDROSA et al., 2015; BELHAMIDI et al., 2018). Segundo o documento “Câncer de intestino”, do Instituto Nacional do Câncer (INCA), os principais fatores de risco para o desenvolvimento de CCR são: alimentação gordurosa e deficiente em fibras, consumo frequente de bebidas alcóolicas, idade acima de 50 anos e história de pólipos colorretais ou de doenças inflamatórias do intestino (BRASIL, 2019). Os principais sintomas observados nessa patologia são: mudanças no hábito intestinal (diarreia ou constipação), sangue nas fezes, sangramento anal, sensação de evacuação incompleta, dor ou desconforto abdominal com presença de gases ou cólicas, emagrecimento sem razão aparente, cansaço, fraqueza e anemia (BRASIL, 2003; OLIVEIRA et al., 2018). No entanto, esses sintomas

aparecem, comumente, num estágio mais avançado da doença, sendo, por isso, importante a realização de exames preventivos de forma frequente para o diagnóstico precoce da doença. Quanto ao diagnóstico, os principais exames utilizados para investigação da presença do CCR é a pesquisa de sangue oculto nas fezes e a colonoscopia. Geralmente, quando detectado de forma precoce, esse tipo de câncer é tratável e curável (PEDROSA et al., 2015; DE OLIVEIRA et al., 2019).

A pesquisa de sangue oculto nas fezes é importante para detectar sangramentos, mas seu uso não é aconselhável para diagnosticar câncer gastrointestinal, uma vez que resultados falso-negativos podem ocorrer com frequência devido ao caráter intermitente do volume de sangue nas neoplasias. Sendo, por isso, essencial a realização do toque retal e da retossigmoidoscopia a pesquisa de sangue oculto, com a finalidade de aumentar as chances de diagnósticos positivos de CCR. Já a colonoscopia é indicada aos pacientes com presença de sangue nas fezes, com origem não detectada pelo toque retal ou pela retossigmoidoscopia, além de ser reservada também para pessoas de risco moderado ou alto de desenvolver câncer intestinal (BRASIL, 2003; BELHAMIDI et al., 2018).

O tratamento do CCR pode ser feito por meio de cirurgia (curativa ou paliativa), quimioterapia e radioterapia, que podem ser usadas isoladas ou associadas. As principais cirurgias são a amputação abdominoperineal do reto (Miles), retossigmoidectomia ou ressecção anterior do reto, ressecção local por via transanal, por acesso trans-sacral (Kraske) ou interesfinctérico (York-Mason), e as ressecções ampliadas. Outro procedimento cirúrgico importante no tratamento do CCR é a colostomia, um procedimento de exteriorização do cólon na parede abdominal, criando um novo trajeto para saída do material fecal. O tratamento cirúrgico é considerado curativo quando promove a remoção completa do tumor primário, órgãos e estruturas localmente comprometidas com metástases identificadas. É então considerado paliativo quando tem por finalidade aliviar e reduzir os sintomas em pacientes que não tenham condições de cura por ressecção (SILVA; ERRANTE, 2016; BELHAMIDI et al., 2018).

Ainda acerca do tratamento do CCR, a quimioterapia é considerada um tratamento adjuvante com pequeno efeito sobre a sobrevida, mas que reduz o risco de recidiva do tumor. Já a radioterapia envolve o uso de raio-X de alta energia para destruir as células cancerosas. Tanto a radioterapia como a quimioterapia podem ser usadas antes da operação (terapia neoadjuvante) para redução da massa tumoral e assim facilitar a retirada cirúrgica do tumor; ou após a cirurgia (terapia adjuvante), para destruir células cancerosas que tenham permanecido na área tratada (SILVA; ERRANTE, 2016; DE OLIVEIRA et al., 2019).

Em relação ao prognóstico do paciente diagnosticado com esse tipo de câncer, é utilizado o estadiamento anatomopatológico, o qual é considerado o melhor indicador prognóstico da doença. O estadiamento TNM (T=Tumor, N=Linfonodo, M=Metástases) é baseado no nível de penetração da

parede intestinal, número de linfonodos comprometidos e presença ou não de metástases a distância (BELHAMIDI et al., 2018; SILVA; ERRANTE, 2016).

De acordo com Oliveira et al. (2018), evidências apontam que no ano de 2012, o CCR, apesar de uma taxa de mortalidade relativamente baixa, apresentava taxas de incidências significativas (cerca de 17%), sobretudo nos países desenvolvidos. Dentre esses doentes, as maiores taxas foram verificadas em pacientes do sexo masculino. Diante disso, quanto a incidência, esses autores a associaram com as prevalências de uma dieta não saudável, tabagismo e obesidade. Já quanto a mortalidade, foi verificada uma correlação com a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, o que pode dificultar o diagnóstico e o prognóstico do paciente.

Diante da magnitude do CCR e das consequências negativas ao organismo do paciente, é extremamente importante o conhecimento acerca dessa doença. Portanto, esse estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de CCR, mais especificamente de retossigmoide, evoluindo com obstrução em alça fechada com ruptura do ceco, para contribuir com os conhecimentos sobre essa patologia, implicações envolvidas, formas de diagnóstico, terapêutica e prognóstico.

## **2 EXPOSIÇÃO DO CASO**

I. M. S. R, sexo feminino, 50 anos, deu entrada na Unidade de Pronto Atendimento UPA-Anápolis-GO com forte dor abdominal, diagnosticada com infecção urinária, iniciada antibioticoterapia sem melhora, sendo encaminhada após cinco dias do início da dor para avaliação cirúrgica no Hospital Municipal Jamel Cecílio (HMJC), também em Anápolis, onde fez raio-X de tórax confirmando pneumoperitônio (figura 1). O quadro de pneumoperitônio foi consequência do extravasamento de gases intestinais, uma vez que houve ruptura do ceco, devido à presença de obstrução em alça fechada.

**Figura 1:** Raio-X evidencia o deslocamento do fígado, consequência do extravasamento de gases intestinais, devido a ruptura do ceco, ocasionando o quadro clínico de pneumoperitônio.



Tentada a transferência para hospital de maior complexidade com tomografia computadorizada disponível, mas sem sucesso, optou-se por laparotomia exploradora no HMJC, sendo identificada perfuração do ceco e realizada colectomia direita com íleotransversoanastomose término-terminal no dia 02/11/2018, não sendo identificadas outras alterações ao inventário da cavidade.

Evoluiu no pós-operatório com distensão abdominal. Realizada tomografia de abdome na Santa Casa de Misericórdia, em Anápolis dia 14/11/2018, com espessamento parietal irregular estenosante do reto-sigmoide, tornando-se necessária nova intervenção cirúrgica, sendo optado por colostomia de sigmoide em alça para desobstrução do trânsito intestinal. Não havia vegetações intraperitoneais passíveis de biópsia. Não realizada a retirada do tumor devido a estrutura hospitalar inadequada para tal procedimento. Recebeu alta no início de dezembro de 2018 após tratamento de pneumonia hospitalar com encaminhamento para investigação colonoscópica da lesão obstrutiva.

Realizada a colonoscopia, dia 23/01/2019, com coleta de fragmentos da massa tumoral para biópsia com resultado de adenoma túbulo-viloso com neoplasia intraepitelial de alto grau (displasia

acentuada). Realizada a terceira intervenção cirúrgica com a equipe de cirurgia oncológica do Hospital Evangélico Goiano de Anápolis, na data 22/05/2019. Como o tumor invadia estruturas vizinhas foi realizada retossigmoidectomia com anastomose por grampeamento, histerectomia total ampliada, uretro-uretero anastomose e linfadenectomia. Evoluiu com fístula na área do grampeamento com tentativa de tratamento conservador, porém, a paciente teve peritonite acompanhada de sangramento vivo vaginal evoluindo em parada cardiorrespiratória, com óbito constatado no dia 04/06/2019.

### 3 DISCUSSÃO

Os fatores prognósticos essenciais são, principalmente, a invasão linfática e venosa, enquanto o grau do tumor, invasão perineural, brotamento do tumor e configuração da borda do tumor são propostos como fatores prognósticos adicionais. No entanto, são necessárias a investigação de novos fatores prognósticos, a fim de orientar em relação as consequências da doença e aumentar a adesão do paciente ao tratamento (MEHTA et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2018).

Pacientes com colite ulcerativa e doença de Crohn de cólon de longa duração possuem um risco aumentado para displasia e CCR, sendo a vigilância colonoscópica mandatória, nesses casos. Além disso, outros fatores que aumentam o risco de CCR são: história familiar da doença, presença de colangite esclerosante, início da doença em idade precoce e pancolite com lesões graves (BELHAMIDI et al., 2018; DE OLIVEIRA et al., 2019).

Um estudo francês evidenciou que o CCR é raro antes dos 45 anos de idade, tendo sua incidência aumentada conforme aumenta a idade do indivíduo. A idade média no diagnóstico dessa doença para homens é 69,5 anos e para mulheres é 72,9 anos. Em relação ao paciente jovem, observa-se que em alguns países, como Arábia Saudita, Itália e Japão, há uma alta incidência desse tipo de câncer nessa população, porém, nos países ocidentais, essa incidência é menor. De forma geral, esse estudo afirma que a faixa etária varia entre 36 e 85 anos, com média de 56,8 anos em cerca de 90% dos casos (BELHAMIDI et al., 2018; MEHTA et al., 2018).

Embasando-se no estudo de Crespo, Marchiori e Mendes (2001), observa-se que, na grande maioria dos casos de pacientes com CCR, a evolução mais comum é o quadro de abdome agudo obstrutivo. Sendo menos frequente a evolução com obstrução em alça fechada, que ocorre quando duas extremidades de alça permanecem ocluídas (MEHTA et al., 2018; DE OLIVEIRA et al., 2019). Nesses casos, há um processo obstrutivo em alça distal, com válvula ileocecal competente, que é quando a válvula não permite o retorno das fezes para o intestino delgado, causando a distensão da parede do intestino grosso e, com a permanência do processo, pode ocorrer o estrangulamento da alça por interrupção do fluxo sanguíneo, necrose e perfuração (OLIVEIRA et al., 2018).



**4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A paciente relatada nesse caso apresentou evolução pouco comum do câncer de retossigmoide, com a obstrução em alça fechada e consequente ruptura do ceco. Tal quadro clínico propiciou diversas complicações no caso, levando a um prognóstico incerto. Além disso, a demora na realização da tomografia computadorizada, devido à ausência do aparelho nos hospitais, impediu o diagnóstico precoce.

Esse estudo apresenta algumas limitações significativas, uma vez que não foi possível pesquisar os hábitos de vida da paciente, assim como não foi possível também obter dados mais detalhados da história clínica da paciente, como a presença ou não de doenças inflamatórias prévias no intestino e histórico familiar de CCR, o que impediu a correlação clínica dos fatores de risco com a ocorrência da doença.

**REFERÊNCIAS**

Belhamidi MS, Sinaa M, Kaoukabi A, et al. Profil épidémiologique et anatomopathologique du cancer colorectal: à propos de 36 caswe [Epidemiological and pathological profile of colorectal cancer: about 36 cases]. Pan Afr Med J. 2018;30:159. doi:10.11604/pamj.2018.30.159.15061

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer do intestino. Instituto Nacional de Câncer, Sociedade Brasileira de Coloproctologia, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Sociedade Brasileira de Cancerologia, Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. - Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Falando\\_sobre\\_Cancer\\_de\\_Intestino.pdf](http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Falando_sobre_Cancer_de_Intestino.pdf). Acesso em: 18/04/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. INCA. Câncer de intestino. Biblioteca Virtual da Saúde, Ministério da Saúde. 2019. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/cancer\\_intestino.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/cancer_intestino.pdf). Acesso em: 18/04/2020.

Crespo SJV, Marchiori E, Mendes LF. Obstrução em alça fechada com ruptura do ceco: obstrução em alça fechada com ruptura do ceco: aspectos na tomografia computadorizada – relato de um caso. Radiol Bras, 2001, maio-jun;34(3):187-189.

De Oliveira AR, De Oliveira AR, Brandão LB, Barbalho AP, Maia LMO, Passos MAT. A importância da colonoscopia nas doenças inflamatórias intestinais. *Revista de Saúde*. 2019, jan./jun.; 10(1)Supp.: 08-12.

Mehta A, Goswami M, Sinha R, Dogra A. Histopathological Significance and Prognostic Impact of Tumor Budding in Colorectal Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(9):2447-2453. doi:10.22034/APJCP.2018.19.9.2447

Oliveira MM, Latorre MRDO, Tanaka LF, Rossi BM, Curado MP. Disparidades na mortalidade de câncer colorretal nos estados brasileiros. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2018;21:e180012. doi:http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180012.

Pedrosa LCS, Silva OS, Guilherme FJA, Souza DC, Santos MSS. Cuidados de enfermagem ao paciente com câncer de retossigmoide e uso de ileostomia: estudo de caso. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 2015;9(2):1-4.

Silva M, Errante P.R. Câncer colorretal: fatores de risco, diagnóstico e tratamento. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, 2016;13(33):133-140.