

Paciente oncológica com obstrução do trato gastrointestinal: relato de caso

Oncologic patient with gastrointestinal obstruction: case report

João Antonio Côrtes Vieira¹; Rhafaela Chiapini Ornellas²; Carlos Roberto Vidal Teixeira³; Aline Trovão Queiroz⁴

Como citar esse artigo. Vieira JAC, Ornellas RC, Teixeira CRV, Queiroz AT. Paciente oncológica com obstrução do trato gastrointestinal: relato de caso. Rev de Saúde 2022;13(2):85-89.



Resumo

Dentre todos os cânceres, o carcinoma colorretal é o terceiro tipo mais prevalente e segundo em maior mortalidade, tanto no Brasil quanto no mundo. Sua etiologia está relacionada a diversos fatores genéticos e ambientais ainda não tão bem compreendidos. Este relato discute sobre uma paciente sem histórico familiar ou fatores de risco para câncer de cólo com exceção da raça, que foi diagnosticada com uma doença em estágio IV, aos 49 anos, após evoluir com um quadro de sub-oclusão intestinal. Apesar do mau prognóstico, apresentou resposta satisfatória e duradoura ao tratamento quimioterápico. Submetida a uma jejunostomia descompressiva a apenas 1,5 metros do ângulo Treiz, a paciente se adaptou bem a nova condição pós-cirúrgica, não evoluindo para um quadro de síndrome do intestino curto. Este trabalho demonstra a importância de mais estudos sobre os diferentes fatores acerca desta patologia, bem como a importância do tratamento mesmo para os casos mais avançados da doença, desde que não ultrapasse os limites da distanásia.

Palavras-chave: Neoplasias Colorretais; Quimioterapia Combinada Antineoplásica; Jejunostomia; Síndrome do Intestino Curto.

Abstract

Among all the cancers, the colorectal carcinoma is the third most prevalent and second in mortality, even in Brazil as in the world. Its etiology is related to several genetic and environmental factors still not quite understood. This case report is about a patient with no familiar history neither risk factors of colon cancer except for the race, that was diagnosed with a stage IV disease at the age of 49, after evolving to an intestinal sub occlusion presentment. Despite of the reserved prognosis, she developed a satisfactory and longstanding answer to the chemotherapeutic treatment. Submitted to a decompressive jejunostomy at 1,5 meters of the Treiz angle, the patient had adapted quite well to the post-surgery condition and didn't evolve to a short bowel syndrome. This work shows the importance of more studies about the several factors over this pathology, as well as the importance of treatment even in the advanced cases of the disease, since it doesn't go beyond the dysthanasia borders.

Keywords: Colorectal Neoplasms; Antineoplastic Combined Chemotherapy Protocols; Jejunostomy; Short Bowel Syndrome.

Introdução

Representando cerca de 10% de todos os diagnósticos e óbitos relacionados ao câncer no Brasil e no mundo, o câncer colorretal (CCR) é o terceiro tipo de câncer mais comumente diagnosticado, bem como a segunda maior causa de morte^{1,2}. Existem diversos fatores envolvidos na patogênese do CCR, incluindo o sexo masculino, que apresenta taxas até 30% maiores de incidência e mortalidade³ e associações com o estilo

de vida e fatores genéticos e ambientais, tais como sugerido pelo fato da doença ser mais prevalente em países mais desenvolvidos¹.

De um modo geral, estas associações ainda não são bem compreendidas, e provavelmente se sobrepõem em muitos casos⁴. Após os 50 anos, o risco de desenvolver CCR é consideravelmente maior⁵, especialmente quando há história familiar, observado em 10-20% dos casos^{6,7}. História pessoal ou familiar de pólipos colorretais também representa maior risco^{8,9}. Outros

Afiliação dos autores:

¹Discente (Graduação em Medicina) da Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil. Email: joaoufv@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3335-0766>

²Médica (Graduação em Medicina), RJ, Brasil. Email: rhafaelachiapini@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1343-4839>

³Médico (Pós-grad. Oncologia Clínica) do Hospital Universitário de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil. Email: crvteixeira@hotmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2750-8130>

⁴Docente do Curso de Medicina (Pós-grad. em Cirurgia Bariátrica e Metabólica) da Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil. Email: alinetrovao@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0176-7302>

* Email de correspondência: alinetrovao@hotmail.com

Recebido em: 09/09/2021. Aceito em: 21/03/2022.

fatores incluem a raça negra³, obesidade¹⁰, tabagismo¹¹, alcoolismo¹², *diabetes mellitus* tipo 2¹³ e ainda, doenças inflamatórias intestinais, como a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa^{14,15}. Quanto à dieta, há alimentos que foram associados a um maior risco de evolução para CCR, como as carnes vermelhas e processadas, e outros que apresentaram atividade protetora, como as fibras de cereais¹⁶.

O CCR pode ser rastreado via colonoscopia com alta sensibilidade e especificidade e há também a possibilidade de abordagem terapêutica de lesões precursoras e precoces. No Brasil, o rastreamento está recomendado para pessoas com mais de 50 anos ou classificadas como de alto risco, ou seja, indivíduos com história pessoal ou familiar de CCR, de doenças inflamatórias intestinais ou de síndromes genéticas de maior propensão a este câncer, como a síndrome de Lynch¹⁷.

Apesar dos programas de rastreamento do CCR, 10% dos pacientes ainda se apresentam com quadros de obstrução aguda de cólon ou reto, que requerem como tratamento, intervenção cirúrgica de urgência¹⁸. No Brasil, a colonostomia é comumente utilizada em quadros de obstruções agudas como procedimento prévio para posterior ressecção cirúrgica definitiva, permitindo aos cirurgiões uma otimização do quadro clínico dos pacientes nesse intervalo¹⁹. As ostomias também podem ser necessárias como medida paliativa para obstruções intestinais agudas em tumores irresssecáveis, tanto no nível de intestino grosso quanto do delgado, em quadros metastáticos, podendo inclusive condicionar o paciente a uma síndrome do intestino curto (SIC), a depender do ponto de obstrução.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi descrever um caso de CCR, enfatizando seus achados na história clínica, diagnóstico, abordagem terapêutica, complicações e evolução da paciente. Tal análise justifica-se pela necessidade da realização de mais estudos sobre a patologia visto que é uma doença com alta prevalência na rotina oncológica, alta morbimortalidade e cujo tratamento com resposta ainda muito variável, especialmente nos casos mais avançados.

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 50 anos, parda. Na anamnese, negou comorbidades ou uso prévio de medicações. Sem histórico de etilismo e tabagismo. Negou histórico pessoal e familiar de doenças intestinais inflamatórias, pólipos intestinais e/ou neoplasias malignas. Referiu quadro de constipação crônica na infância até cerca de 20 anos. Relatou alimentação com ingestão diária de verduras e legumes, baixa ingestão de carne (50-200 g/dia), tendo preferência por carne branca e raro consumo de alimentos embutidos e defumados.

Consumo médio de 1,5 a 2 litros de água por dia e raro consumo de refrigerantes.

Informou que iniciou quadro de dor do tipo cólica, em região de baixo ventre e constipação, que evoluiu após três meses com metrorragia de baixo volume por três semanas, quando então procurou um ginecologista. Ao exame de ultrassom transvaginal, foi diagnosticada como portadora de miomatose uterina e encaminhada para a clínica cirúrgica. Após uma laparotomia exploradora, percebeu-se tratar de um quadro metastático envolvendo alças abdominais, útero e outros anexos, e optou-se por não abordar a ressecção dessa massa.

A paciente foi então encaminhada ao serviço de gastroenterologia, onde realizou colonoscopia. Foi encontrada uma lesão vegetante há 70 cm da margem anal, bem delimitada, friável à biópsia e ocluindo $\frac{3}{4}$ da luz do órgão, impossibilitando a progressão do aparelho. O exame histopatológico indicou tratar-se de um adenocarcinoma intramucoso.

Após um mês e meio da primeira cirurgia, a paciente deu entrada em serviço de emergência hospitalar com quadro de abdome agudo obstrutivo há 4 dias. Na ocasião, apresentava-se lúcida e orientada no tempo e espaço, porém caquética, desidratada, hipocorada e com abdome hipertimpânico e doloroso à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal, com massa palpável em baixo ventre e flanco direito. Apresentava também, ao toque vaginal, massa palpável em paredes anterior e posterior da vagina, e ao toque retal, massa estenosante friável a 4cm da borda anal, sem presença de fezes.

Após internação e estabilização, a paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora onde constatou-se extensa carcinomatose peritoneal envolvendo, especialmente, o mesocólon, jejuno e mesentério, com presença de múltiplos implantes, incluindo um estenosante a 40 cm do ângulo de Treitz. Observada também linfonodomegalia e moderada quantidade de líquido peritoneal. O exame histopatológico de uma linfodectomia em omento maior confirmou tratar-se de metástase de adenocarcinoma intestinal.

A paciente continuou internada com quadro suboclusivo. Manteve-se hipocorada e desidratada - apesar da assistência clínica - com sonda nasogástrica com alto débito e uma performance status 4 na escala Eastern Cooperative Oncologic Group (ECOG), tendo sido encaminhada para o parecer da clínica oncológica. No décimo dia de internação, iniciou-se o tratamento quimioterápico com o esquema semanal BFOM: 5-fluorouracil (5-F), leucovorin e oxaliplatina - 500 mg/m² + 50 mg + 85 mg/m² - D1, D8 e D15 a cada 28 dias.

O quadro clínico pouco se alterou e no 18º dia a paciente foi submetida a uma nova laparotomia, onde realizou-se uma jejunostomia a 1,5 metros do ângulo de Treitz para fins desobstrutivos. No primeiro dia pós-

operatório a paciente já aceitou dieta oral e a apresentar eliminação de fezes na bolsa coletora. Devido ao segmento curto de intestino pós jejunostomia, a paciente passou a ser medicada com loperamida, tendo apresentado boa resposta clínica e recebido alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório.

Posteriormente, a paciente prosseguiu com o protocolo quimioterápico, apresentando boa resposta clínica, com ganho ponderal e jejunostomia funcionante. Nesse período, realizou uma tomografia computadorizada de abdome e pelve que evidenciou massa heterogênea mal delimitada no oco pélvico, indissociável da topografia da parede anterior do reto, cúpula vaginal e parede posterior da bexiga. Também realizou uma tomografia de tórax, cuja imagem sugeriu múltiplos nódulos irregulares e esparsos nos pulmões, sugestivos de implantes secundários.

Oito meses após a alta hospitalar, a paciente voltou a procurar o serviço de emergência hospitalar com quadro de sub-oclusão intestinal, com parada de eliminação de fezes na bolsa coletora. Após internação, foi referenciada para a clínica oncológica, onde teve seu tratamento quimioterápico alterado para 5-F, leucovorin e irinotecano ($500 \text{ mg/m}^2 + 20 \text{ mg/m}^2 + 125 \text{ mg/m}^2 - \text{D1 e D8 a cada 21 dias}$), e novamente a paciente voltou a responder bem clinicamente

Discussão

A paciente em questão é uma mulher com menos de 50 anos, não obesa, diabética nem hipertensa, que negou constipação (exceto na infância e adolescência). Sem histórico familiar e pessoal conhecido de neoplasias, pólipos intestinais ou doenças inflamatórias intestinais, etilismo ou tabagismo, e que referiu ingesta adequada de alimentos vegetais e baixo consumo de carnes, embutidos e defumados. Apesar de não se declarar negra, o único fator de risco relevante é a raça, tendo em vista ser parda, principalmente no contexto da população brasileira que apresenta grande miscigenação²⁰. Casos em pacientes com menos de 50 anos não são frequentes e usualmente ligados a histórico familiar, tal como relatado por Dutra e outros²¹ sobre uma paciente com vasto histórico de câncer colorretal e de mama, diagnosticada com CCR metastático aos 34 anos de idade.

Globalmente, há duas vias principais de lesões precursoras do CCR. A via dos adenocarcinomas - responsável por até 70-90% de todos os CCR - e a via das neoplasias serrilhadas. Pode-se subdividir os CCR também entre tumores de cólon direito, que arbitrariamente incluem os dois terços iniciais do cólon transversal, e tumores de cólon esquerdo, quando têm origem no terço distal do cólon transversal ao retosigmoido. De modo geral, tumores de cólon direito são mais prevalentes em mulheres e têm pior

prognóstico, por serem relativamente mais resistentes à quimioterapia⁴.

A importância do rastreamento de casos se deve, dentre outros, à boa resposta à terapia neoadjuvante em casos diagnosticados mais precocemente, tal como relatado por dos Santos e outros²² sobre uma paciente de 74 anos, assintomática, que descobriu um quadro de CCR estágio T3c N1 M0 após colonoscopia de rotina e apresentou regressão tumoral total após um único ciclo de monoquimioterapia e radioterapia seguido de ressecção cirúrgica. Porém, a paciente, cujo caso se relata, desenvolveu um adenocarcinoma de cólon direito, diagnosticado em estágio IV, avançado, de modo que o principal objetivo do seu tratamento teve o intuito paliativo e de retardo da evolução do quadro. Sua expectativa de vida é curta, mensurada em semanas a meses, e a resposta ao tratamento sistêmico é determinante em sua extensão¹⁹.

Quanto pior a performance do paciente, menos ele tende a responder favoravelmente ao tratamento e, usualmente quando o faz, a resposta não é duradoura, tal como o caso de uma paciente de 34 anos diagnosticada com CCR na 32ª semana de gestação após um quadro abdominal obstrutivo, segundo Ossendorp e outros²³. Apesar de sua boa performance status inicial, a paciente apresentava um tumor em estágio T3 N2 M1, e mesmo com o início do tratamento cirúrgico e quimioterápico evoluiu para óbito em menos de dois anos. Mas a paciente cujo caso aqui se descreve, não só apresentou uma boa resposta inicial como manteve-se estável por oito meses, quando voltou a desenvolver um quadro intestinal sub-oclusivo e o tratamento foi modificado para a segunda linha. E novamente, a paciente voltou a responder satisfatoriamente e mantendo-se estável após decorridos cinco meses.

Quadros de sub-oclusão, como o dessa paciente, podem ocorrer não somente pelo crescimento estenosante do tumor ou formação de aderências, como também pela disautonomia causada pela destruição do sistema nervoso entérico pelo tumor²¹. Dada à baixa expectativa de vida em um quadro como esse, os riscos e benefícios de uma intervenção cirúrgica por conta de uma obstrução colorretal aguda devem ser criteriosamente avaliados, com o objetivo de promover alívio de maneira eficaz e o mínimo de morbidade possível. Neste caso, a paciente apresentava múltiplos implantes tumorais no cólon e intestino delgado e já estava sub-ocluída há três semanas com uma sonda nasogástrica em sifonagem de alto débito. Apesar do quadro crítico, conseguiu-se proceder uma jejunostomia descompressiva a 1,5 metros do ângulo de Treitz, porém ainda com risco da paciente desenvolver uma síndrome do intestino curto (SIC).

A SIC é uma condição disabsortiva geralmente causada por ressecções massivas do intestino delgado e está associada a grande morbi-mortalidade e alto custo de suporte médico²². As manifestações clínicas

envolvem apenas parcialmente o tamanho residual do intestino, dependendo também de sua habilidade em compensar a porção seccionada e se adaptar funcionalmente à nova condição anatômica²³. Embora com uma porção funcional remanescente de apenas 150 cm de intestino pós-ângulo de Treitz, clinicamente a paciente se adaptou bem à condição pós cirúrgica. Tendo apenas que se medicar com cloridrato de loperamida para diminuição do trânsito intestinal, sem necessidade de receber alimentação parenteral, funcionalmente a paciente não evoluiu para uma SIC, o que a poupou dos empecilhos mórbidos do tratamento da SIC, tal como a necessidade de nutrição parenteral, como descrita por Nonino e outros²⁷ em um trabalho que acompanhou 15 pacientes com ressecção de no mínimo 2 metros do ângulo de Treitz, dos quais três faleceram no período de dois anos do estudo.

Conclusão

A paciente não apresenta histórico familiar de neoplasias malignas. Embora uma história familiar positiva esteja presente em apenas 10-20% dos casos de CCR, a referida ausência de fatores de risco e desenvolvimento precoce da doença na paciente deixaram muitas dúvidas sobre a etiologia do seu quadro. Porém, apesar de desenvolver uma doença agressiva precocemente, mesmo sem fatores de risco conhecidos, e da baixa performance status em que foi inicialmente internada, a paciente acabou respondendo muito bem e de forma duradoura à terapia quimioterápica, tanto de primeira quanto de segunda linha. Isso mostra como ainda se compreende pouco a doença e como são necessários mais estudos sobre sua etiologia, tratamento, resposta terapêutica, bem como, não deve-se desconsiderar a possibilidade de um paciente em quadro avançado responder favoravelmente à terapia oncológica, embora os limites entre a boa prática médica e a distanásia nem sempre sejam tão claros.

A mesma discussão cabe ao observar-se a boa resposta que a paciente apresentou após ser submetida à jejunostomia descompressiva. Apesar da intervenção agressiva - dadas as condições clínicas da paciente e os riscos de morbi-mortalidade pós-operatórios - foi uma decisão tomada baseada no alívio de um quadro urgente que se arrastava há três semanas. Além disso, apesar da baixa performance status, a paciente ainda se encontrava muito lúcida.

Este trabalho mostra como vários fatores devem ser levados em conta ao se individualizar a abordagem para um paciente desta complexidade, podendo ser determinante para uma boa evolução clínica, mesmo em casos com prognósticos tão reservados como o desta paciente.

Referências

1. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut*. 2017; 66 (4): 683-691.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018; 68 (6): 394-424.
3. Siegel RL, Miller KD, Sauer AG, Fedewa SA, Butterly LF, Anderson JC et al. Colorectal cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin*. 2020; 70 (3): 145-164.
4. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. *Lancet*. 2019; 394: 1467-80.
5. Maisonneuve P, Botteri E, Lowenfels AB. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps. *Gastroenterology*. 2008; 135 (2): 710.
6. Henrikson NB, Webber EM, Goddard KA, Scrol A, Piper M, Williams MS, et al. Family history and the natural history of colorectal cancer: systematic review. *Genet Med*. 2015; 17 (9): 702-712.
7. Schoen RE, Razzak AR, Yu KJ, Bernd SI, Firl K, Riley TL, Pinsky PF. Incidence and mortality of colorectal cancer in individuals with a family history of colorectal cancer. *Gastroenterology*. 2015; 149 (6): 1438-1445.
8. Tuohy TMF, Rowe KG, Mineau GP, Pimentel RP, Burt RW, Samadde NJ. Risk of colorectal cancer and adenomas in the families of patients with adenomas: A population-based study in Utah. *Cancer*. 2014; 120 (1): 35-42.
9. Schubert SA, Morreau H, Miranda NFCC, Weze T. The missing heritability of familial colorectal cancer. *Mutagenesis*. 2020; 35 (3): 221-231.
10. Ye P, Xi Y, Huang Z, Xu P. Linking Obesity with Colorectal Cancer: Epidemiology and Mechanistic Insights. *Cancers*. 2020; 12 (6): 1408.
11. Amitay EL, Carr PR, Janses L, Roth W, Alwers E, Herpel E, Kloor M, Blaker H, Chang-Claude J, Brenner H, Hoffmeister M. Smoking, alcohol consumption and colorectal cancer risk by molecular pathological subtypes and pathways. *Br J Cancer*. 2020; 122 (11): 1604-1610.
12. McNabb S, Harrison TA, Albanes D, Berndt SI, Brenner H, Caan BJ et al. Meta-analysis of 16 studies of the association of alcohol with colorectal cancer. *Int j cancer*. 2020; 146 (3): 861-873.
13. Larsson SC, Orsini N, Wolk A. Diabetes mellitus and risk of colorectal cancer: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2005; 97 (22): 1679-1687.
14. Olén O, Erichsen R, Sachs MC, Pedersen L, Halfvarson J, Askling J, et al. Colorectal cancer in Crohn's disease: a Scandinavian population-based cohort study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020; 5 (5): 475-484.
15. Olén O, Erichsen R, Sachs MC, Pedersen L, Halfvarson J, Askling J et al. Colorectal cancer in ulcerative colitis: a Scandinavian population-based cohort study. *Lancet*. 2020; 395 (10218): 123-131.
16. Bradbury KE, Murphy N, Key TJ. Diet and colorectal cancer in UK Biobank: a prospective study. *Int J Epidemiol*. 2020; 49 (1): 246-258.
17. Brasil. INCA – Instituto Nacional do Câncer. Câncer de intestino – versão para profissionais de saúde. 2019 [Acesso em: 30 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-intestino/profissional-de-saude>.
18. Yeo HL, Lee SW. Colorectal emergencies: review and controversies in the management of large bowel obstruction. *J Gastrointest Surg*. 2013; 17 (11): 2007-2012.
19. Malakorn S, Stein SL, Lee JH, You YN. Urgent Management of Obstructing Colorectal Cancer: Divert, Stent, or Resect? *J Gastrointest Surg*. 2019; 23 (2): 425-432.
20. Edmonds A. Triumphant miscegenation: Reflections on beauty and race in Brazil. *J Intercult Stud*. 2007; 28 (1): 83-97.
21. Dutra PL, Balconi SN, Guzzato F, Dal Molin RK. Neoplasia Colônica

Metastática Em Paciente Jovem: Relato De Caso. *Blucher Medical Proceedings*, 2014; 1(5), 56-56.

22. Santos HPD, Sueta RU, Suzuki TT, Valadares AD, Souza FD, Murad I. Neoplasia colorretal e terapia neoadjuvante – relato de caso. *Anais X EPCC*, 2017.

23. Ossendorp RR, Silvis R, van der Bij GJ. Advanced colorectal cancer resulting in acute bowel obstruction during pregnancy; a case report. *Annals of Medicine and Surgery*. 2016 Jun;8:18–20.

24. Godlewski J. Morphological changes in the enteric nervous system caused by carcinoma of the human large intestine. *Folia Histochem Cytobiol*. 2010; 48 (1): 157-162.

25. Carlsson E, Bosaeus I, Nordgren S. Quality of life and concerns in patients with short bowel syndrome. *Clin Nutr*. 2003; 22 (5): 445-452.

26. Massironi S, Cavalcoli F, Rausa E, Invernizzi P, Braga M, Vecchi M. Understanding short bowel syndrome: Current status and future perspectives. *Dig Liver Dis*. 2020; 52(3): 253-261.

27. Nonino CB, Borges RM, Pasquali LS, Marchini JS. “Terapia nutricional oral em pacientes com síndrome do intestino curto.” *Rev Nutr*. 2001; 14(3): 201-205.