

Abdome agudo obstrutivo secundário a fitobezoar como primeiro sintoma de tumor de cólon: relato de caso

Acute obstructive abdomen secondary to phytobezoar as first symptom of colon tumor: case report

John Chii Tyng Chao¹, Alexandre Joji Yagi¹, Frank Kenzo Tamura¹, Jessica Chia Sin Chen¹, Luiz Felipe Ferreira Fernandes², Tercio De Campos³

Resumo

O abdome agudo obstrutivo é um diagnóstico sintomático frequente na rotina do pronto-socorro cirúrgico. Apresenta-se um caso de etiologia combinada. Inicialmente, um fitobezoar foi identificado como causa da obstrução com imagem característica no estudo tomográfico. Posteriormente, descobriu-se que o fitobezoar apenas ocluiu uma estenose relacionada a um tumor de sigmoide nunca diagnosticado. O objetivo desse relato de caso é discutir a apresentação incomum do bezoar impactado em obstrução tumoral de cólon sigmoide.

Descritores: Abdome agudo, Obstrução intestinal, Bezoares, Neoplasias colorretais, Neoplasias do colo sigmoide

Abstract

The acute obstructive abdomen is an usual syndromic diagnostic in the emergency room routine. It is presented a case of combined etiology. Initially, a phytobezoar was identified as the cause of the obstruction presenting a characteristic tomographic image. Later, it turned out that the phytobezoar only occluded a stenosis related to an undiagnosed colon tumor. The goal of this case report is to discuss the uncommon presentation of a bezoar impacted in a sigmoid colon tumor obstruction.

Keywords: Abdomen, acute; Intestinal obstruction; Bezoars; Colorectal neoplasms; Sigmoid neoplasms

Introdução

O câncer colorretal apresenta grande incidência na população geral e representa o quarto tipo câncer mais comum no mundo no Brasil e no mundo⁽¹⁾. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estimam-se, para 2016, no Brasil, 16.660 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e de 17.620 em mulheres⁽¹⁾.

Constitui também uma causa frequente de abdome agudo obstrutivo, correspondendo até 70% das causas de obstrução na cirurgia de emergência⁽²⁻⁴⁾. Em contrapartida, o bezoar é uma causa rara de obstrução intestinal, sendo responsável por 0,4-4% de todas obstruções⁽⁵⁻⁶⁾. Bezoar é o termo usado para se referir a uma massa intraluminal do sistema gastrointestinal composta por material não digerido, sendo o bezoar composto de cabelo (tricobezoar) e de fibras (fitobezoar) os mais comuns⁽⁶⁻⁹⁾. Além de fatores comportamentais como dietas extremamente ricas em fibras e mastigação inadequada do alimento, fatores de risco incluem distúrbios da motilidade gástrica como ocorre em cirurgias gástricas, e em neuropatias de acometimento autonômico como diabetes, síndrome de Guillain-Barré e distrofia miotônica⁽¹⁰⁻¹²⁾. As manifestações clínicas do bezoar evoluem com quadro de abdome agudo obstrutivo que são raros, e quando ocorrem, obstruem preferencialmente a nível do estômago e de duodeno[5-6]. Porém se tem poucos relatos da obstrução a nível de cólon^(6,8). Dada a sua raridade, também são escassos relatos de sua incidência, apresentação e conduta relacionados ao tumor colorretal⁽⁵⁻⁶⁾.

Relato do Caso

Paciente do sexo feminino de 48 anos deu entrada em pronto socorro com queixa de dor abdominal difusa de moderada intensidade em cólica com piora após alimentação. Referiu também constipação e parada

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 6º Ano do Curso de Graduação em Medicina

2. Médico Residente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Departamento de Cirurgia

3. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Departamento de Cirurgia; Chefe de Equipe do Serviço de Emergência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Trabalho realizado: Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Endereço para correspondência: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Rua Doutor Cesário Mota Jr, 61 - Vila Buarque - 01221-020 - São Paulo - SP

de eliminação de flatos há 10 dias. Refere episódio de náusea com vômito e nega sintomas de diarreia ou perda de peso. Também nega comorbidades ou outros antecedentes patológicos pessoais e familiares.

No exame de entrada se apresentava com abdome globoso distendido, hipertimpânico, ruídos hidroaéreos presentes, doloroso difusamente, sem sinais de peritonite e sem massas. Toque retal constatou ausência de sangramento, de massas e de fezes em ampola retal. Na hipótese de abdome agudo obstrutivo solicitou-se radiografia de abdome que revelou distensão e nível líquido principalmente em cólon direito com linhas anatômicas livres (Figura 1 e 2). Exames laboratoriais da entrada demonstraram hemoglobina de 13,8 g/dL, leucocitose de 13,6mil/ μ L sem desvios. Gasometria evidenciou pH 7,48 pO₂ 83mmHg pCO₂ 32mmHg Bicarbonato 23,8mEq/L BE 0,9mEq/L Sat 97% e lactato de 2,4mmol/L Na 140mEq/L e K 4,2mEq/L.



Figura 1 - Radiografia abdome e pelve AP deitado. Distensão de cólon direito observado

Foi solicitada tomografia computadorizada de abdome e de pelve que confirmou distensão com nível hidroaéreo de ceco, cólon ascendente, transverso e cólon descendente, mas sem distensão de alças de delgado sugerindo obstrução em alça fechada com válvula ileocecal continente. Além disso, múltiplas pequenas formações hiperatenuantes arredondadas dispersas em toda extensão do cólon foram observadas



Figura 2 - Radiografia abdome e pelve AP ortostático. Distensão de cólon direito e nível líquido

e associadas, pelo serviço de radiologia, a fitobezoar com aspecto típico de sementes de jabuticaba. Não se observou pneumoperitônio, tampouco densificação da gordura do mesocolon (figura 3 e 4).

A paciente confirmou a ingestão de moderada quantidade dessa fruta recentemente. Tentou-se desobstrução por clister sem sucesso. Na persistência da obstrução, a paciente foi submetida a colonoscopia, a qual apresentou lesão vegetoinfiltrativa, estenosante circunferencial e friável de cólon sigmoide que impediu a passagem do aparelho (figura5). Foi realizada biópsia da lesão que posteriormente evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasivo. Diante do quadro clínico e dos achados de exame, foi então aventada a hipótese de abdome agudo obstrutivo secundário a tumor de sigmoide e fitobezoar.

A paciente foi abordada cirurgicamente. Observou-se presença de tumor causando estreitamento em sigmoide alto (figura 6). Foi optado por não realizar anastomose primária devido a discrepância entre os cotos colônicos, que aumentavam o risco de deiscência da anastomose pela falta do preparo do cólon. Assim, foi realizado uma retossigmoidectomia com colostomia à Hartmann. Foram seccionado 16 cm de comprimento contendo a lesão de tamanho 3,0x2,0x1,0cm. O anatomopatológico revelou se tratar de um adenocar-



Figura 3 - Tomografia Computadorizada de abdome e pelve. Distensão e imagens hiperatenuantes arredondadas em cólon sigmoide



Figura 4 - Tomografia Computadorizada de abdome e pelve. Distensão e imagens hiperatenuantes arredondadas em cólon sigmoide

cinoma moderadamente diferenciado com margens de segurança livres e estadiamento cirúrgico T3N2a.

A paciente evoluiu sem intercorrências e foi de alta após 8 dias de pós-operatório e encaminhada para continuar o tratamento com a oncologia clínica.

Discussão

O abdome agudo obstrutivo é um importante

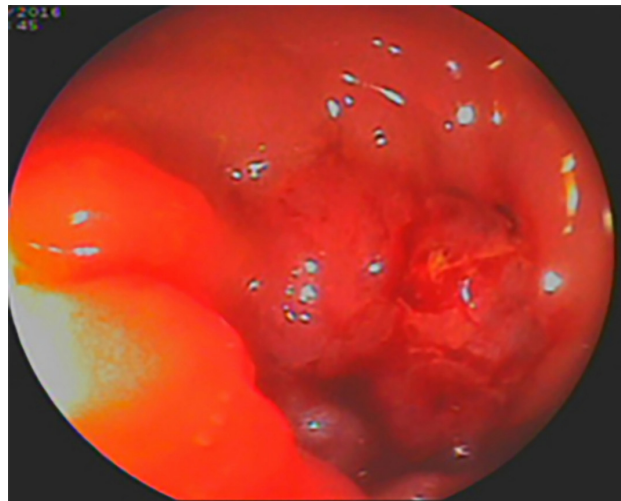


Figura 5 - Colonoscopia demonstrando lesão vegetoinfiltrativa estenosante

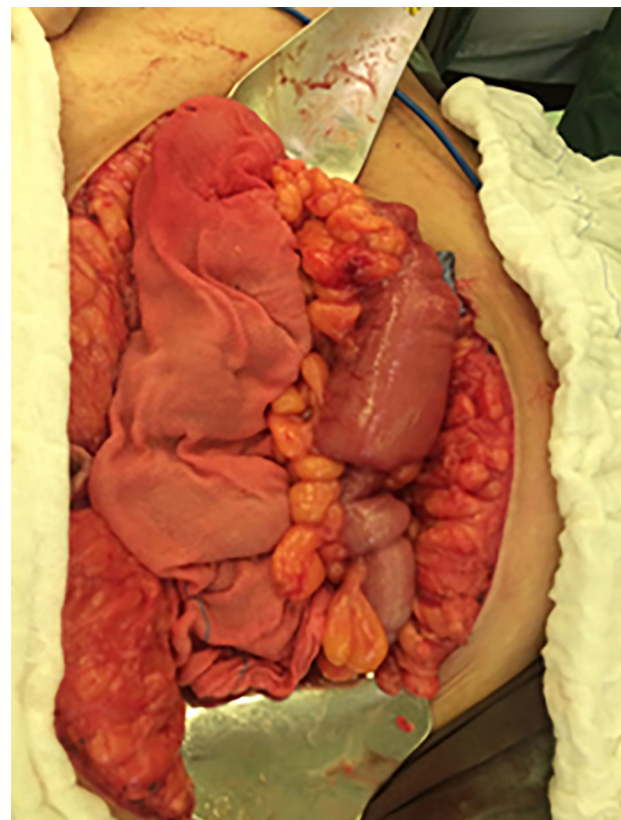


Figura 6 - Intra-operatório. Aspecto distendido de cólon sigmoide

diagnóstico sintromico na prática clínica cirúrgica de pronto socorro. Nessa síndrome tem-se tipicamente uma dor abdominal em cólica acompanhada de vômitos e parada de eliminação de gases e de fezes. Ao exame físico, o abdome pode se encontrar distendido, com ruídos hidroaéreos aumentados e até metálicos, percussão timpânica e esporadicamente permite a

visualização de ondas do peristaltismo de Kusmaull. Quanto a etiologia do abdome agudo obstrutivo, suas causas podem ser intrínsecas ou extrínsecas. A primeira inclui tumores gástricos, úlceras pépticas, íleo biliar, bezoar, bolo de áscaris, doenças inflamatórias intestinais, tumores de cólon e fecaloma. Já de causa extrínseca, tem-se tumores abdominais, hérnias da parede abdominal, bridas, volvo de sigmoide e hérnia interna⁽¹³⁾.

O conhecimento da etiologia e da apresentação clínica norteiam a conduta e ajudam caracterizar se o caso é cirúrgico, potencialmente cirúrgico ou passível de tentativa de tratamento clínico⁽¹³⁾. No diagnóstico do abdome agudo obstrutivo, as radiografias em posição deitada e ortostática são fundamentais. Podem revelar níveis hidroaéreos anormais em alças de intestino delgado, válvulas coniventes e até pneumoperitônio no caso de perfuração. A tomografia e colonoscopia tem caráter complementar quando se considera o atendimento de emergência, mas podem fornecer informações valiosas em se tratando de lesões neoplásicas. No caso apresentado, a radiografia demonstrou uma obstrução possivelmente em alça fechada o que indicaria laparotomia exploratória para a paciente. No entanto, ainda havia dúvida diagnóstica. Então solicitou-se a tomografia que como relatado, confirmou obstrução em alça fechada e demonstrou a impactação do fitobezoar a nível de sigmoide o que raramente acontece a essa altura. Mesmo com o tratamento com clister, a paciente persistiu constipada. Assim, a colonoscopia foi solicitada que por sua vez evidenciou a lesão neoplásica que não tinha sido identificada até então.

Em relação à terapêutica, o tratamento do bezoar é primariamente clínico com uso de dissolventes químicos, procinéticos e de clister que podem auxiliar a expulsão da massa. Mesmo assim, é importante considerar a localização e tamanho da massa para avaliar possibilidade de não tratar clinicamente⁽¹⁴⁾. A colonoscopia pode ser considerada dependendo da localização da massa, Yoon et al. relatam sucesso no tratamento de bezoar colônico de até 4x5cm por colonoscopia⁽¹⁵⁾. No entanto, na persistência da obstrução ou evolução com sinais peritonite ou sofrimento vascular é recomendado o tratamento cirúrgico que pode ser aberto ou laparoscópico⁽⁹⁾.

Já no caso de tumores colorretais que evoluem com quadro oclusivo está indicada o tratamento cirúrgico de urgência⁽¹⁰⁾. As possibilidades cirúrgicas são diversas e levam em consideração a experiência do cirurgião e condição clínica do paciente⁽¹¹⁾. Usualmente, se as condições clínicas do paciente forem favoráveis, tenta-se realizar a anastomose primária mesmo que o cólon não tenha recebido preparo. Neste caso, recomenda-se lavagem intraoperatória a qual não há demonstrado

maior índice de infecção. No caso apresentado, considerou-se prioridade para a resolução do tumor, e por consequência haveria resolução do fitobezoar. No entanto devido a discrepância das bocas residuais, o que pode ter sido intensificado pela presença do bezoar, optou-se por não realizar anastomose primária por causa grande risco de deiscência.

Conclusão

Dada a alta incidência dos tumores colorretais, estes representam etiologia frequente de obstrução no abdome agudo. No entanto, etiologias raras como bezoares podem estar associados com a obstrução. Apesar de seu diagnóstico ser inusitado, não mudam necessariamente a conduta final. Deve-se dar prioridade para a resolução da urgência cirúrgica sem negligenciar a investigação do diagnóstico etiológico especialmente em tumores colorretais.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Colorretal. [online]. Rio de Janeiro: INCA; 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal> [12 dez 2016]
2. Biondo S, Parés D, Frago R, Martí-Ragué J, Kreisler E, De Oca J, et al. Large bowel obstruction: predictive factors for postoperative mortality. *Dis Colon Rectum*. 2004; 47(11):1889-97.
3. Deans GT, Krukowski ZH, Irwin ST. Malignant obstruction of the left colon. *Br J Surg*. 1994; 81(9):1270-6.
4. Law WL, Chan WF, Lee YM, Chu KW. Non-curative surgery for colorectal cancer: critical appraisal of outcomes. *Int J Colorectal Dis*. 2004; 19(3):197-202.
5. Hall BM, Shapiro MJ, Vosswinkel JA, Meisel S, Curci N. Phytobezoar as a cause of intestinal obstruction. *J Gastrointest Surg*. 2011; 15(12):2293-95.
6. Erzurumlu K, Malazgirt Z, Bektas A, Dervisoglu A, Polat C, Senyurek G, et al. Gastrointestinal bezoars: a retrospective analysis of 34 cases. *World J Gastroenterol*. 2005; 11(12):1813-7.
7. Senol M, Ozdemir ZÜ, Sahiner IT, Ozdemir H. Intestinal Obstruction due to colonic lithobezoar: a case report and a review of the literature. *Case Rep Pediatr*. 2013; 2013:854975. [In press]
8. Bala M, Appelbaum L, Almogy G. Unexpected cause of large bowel obstruction: colonic bezoar. *Isr Med Assoc J*. 2008; 10(11):829-30.
9. Bingham JR, Causey MW, Haque MI. Phytobezoar within Meckel's diverticulum: an unusual cause of intestinal obstruction. *Am Surg*. 2014; 80(3):E94-6.
10. Yetim I, Ozkan OV, Semerci E, Abanoz R. Unusual cause of gastric outlet obstruction: giant gastric trichobezoar: a case report. *Cases J*. 2008; 1:399.
11. Buchholz RR, Haisten AS. Phytobezoars following gastric surgery for duodenal ulcer. *Surg Clin North Am*. 1972; 52(2):341-52.
12. Escamilla C, Robles-Campos R, Parrilla-Paricio P, Lujan-Mompean J, Liron-Ruiz R, Torralba-Martinez JA. Intestinal obstruction and bezoars. *J Am Coll Surg*. 1994; 179(3):285-8.
13. Assef JC, Perlingeiro JAG, Parreira JG. Abdome agudo obstrutivo. In: Assef JC, Perlingeiro JAG, Soldá SC, Parreira JG. *Emergências cirúrgicas traumáticas e não traumáticas: Condutas e algoritmos*. São Paulo: Atheneu; 2015. p.235-8.

14. Bedioui H, Daghfous A, Ayadi M, Noomen R, Chebbi F, Rebai W, et al. A report of 15 cases of small-bowel obstruction secondary to phytobezoars: predisposing factors and diagnostic difficulties. *Gastroenterol Clin Biol*. 2008; 32(6-7):596-600.
15. Yoon SS, Kim MS, Kang DY, Yun TS, Jeon JH, Lee YK, et al. A case of successful colonoscopic treatment of colonic obstruc-

tion caused by phytobezoar. *J Korean Soc Coloproctol*. 2011; 27(4):211-4.

Trabalho recebido: 12/04/2017
Trabalho aprovado: 26/04/2017