



Abdome agudo obstrutivo devido tumor de reto alto na gestação

Acute obstructive abdomen due to high rectal tumor in pregnancy

Abdomen obstructivo agudo por tumor rectal alto en el embarazo

Rhandara Silva Magalhães¹, Cintia Sousa Lucas de Andrade¹, Ana Clara de Souza Freitas¹, Claudio Henrique Formigoni Reviriego¹, Daniela Moura Franca¹.

RESUMO

Objetivo: Discutir caso de câncer colorretal diagnosticado em gestante no primeiro trimestre da gestação, prevalência na população geral e possíveis manejos clínico-cirúrgicos, visto que tal condição é rara e possui diversos dilemas frente as particularidades, tanto de prognóstico materno quanto fetal. **Detalhamento do caso:** Paciente 33 anos com gestação datada de 18 semanas e 5 dias com quadro de constipação intestinal há 10 dias, refratária a medidas clínicas, ao prosseguir com avaliação diagnóstica devido abdome agudo obstrutivo, evidenciou-se à colonoscopia lesão colorretal neoplásica. Optado por tratamento cirúrgico com ressecção da lesão e ao anatomopatológico constatado adenocarcinoma retal com implantes em gordura pericólica. Após procedimento foi realizada avaliação de vitalidade fetal através de ultrassonografia obstétrica com feto vivo e peso estimado de 246g. **Considerações finais:** Particularizar o diagnóstico de carcinoma colorretal em gestantes é a chave para condução de tal condição clínica, visto que em gestações iniciais (até 20 semanas) a terapêutica se dá como o de uma mulher não grávida. Já na segunda metade da gestação o prognóstico fetal e a resolução da mesma devem ser discutidos visando o melhor prognóstico materno-fetal, tendo como foco o início do tratamento do carcinoma o quanto antes.

Palavras-chave: Carcinoma colorretal, Gestação, Tratamento cirúrgico.

ABSTRACT

Objective: A case of colorectal cancer diagnosed in a pregnant woman in the first trimester of pregnancy, prevalence in the general population and possible clinical-surgical management, since this condition is rare and presents several dilemmas given the particularities, both of maternal prognosis and fetal. **Case details:** 33-year-old patient with a pregnancy of 18 weeks and 5 days with intestinal constipation for 10 days, refractory to clinical measures, to commitment to diagnostic evaluation due to an obstructive acute abdomen, with colonoscopy showing a neoplastic colorectal lesion. Surgical treatment with resection of the lesion was chosen and pathology revealed rectal adenocarcinoma with implants in pericolic fat. After the procedure, fetal vitality was assessed through obstetric ultrasound with a live fetus and estimated weight of 246g. **Final considerations:** Particularizing the diagnosis of colorectal carcinoma in pregnant women is the key to managing such a clinical condition, given that in early pregnancies (up to 20 weeks) therapy is carried out in the same way as a non-pregnant woman. In the second half of pregnancy, the fetal prognosis and its resolution should be discussed with a view to achieving a better maternal-fetal prognosis, with a focus on starting carcinoma treatment as soon as possible.

Keywords: Colorectal carcinoma, Pregnancy, Surgical treatment.

¹ Santa Casa de Misericórdia de Franca, Franca – SP.

RESUMEN

Objetivo: El presente informe tiene como objetivo discutir un caso de cáncer colorrectal diagnosticado en una mujer embarazada en el primer trimestre del embarazo, prevalencia en la población general y posible manejo clínico-quirúrgico, ya que esta condición es rara y presenta varios dilemas dadas las particularidades, tanto del pronóstico materno como fetal. **Detalles del caso:** Paciente de 33 años con embarazo de 18 semanas y 5 días con estreñimiento intestinal de 10 días de evolución refractaria a medidas clínicas, a compromiso de evaluación diagnóstica por abdomen agudo obstructivo, con colonoscopia que evidencia lesión colorrectal neoplásica. Se optó por tratamiento quirúrgico con resección de la lesión y la patología reveló adenocarcinoma de recto con implantes en grasa pericólica. Luego del procedimiento se evaluó la vitalidad fetal mediante ecografía obstétrica con feto vivo y peso estimado en 246g. **Consideraciones finales:** Particularizar el diagnóstico del carcinoma colorrectal en mujeres embarazadas es la clave para el manejo de dicha condición clínica, dado que en embarazos tempranos (hasta 20 semanas) la terapia se realiza de la misma manera que en una mujer no embarazada. En la segunda mitad del embarazo se debe discutir el pronóstico fetal y su resolución con vistas a lograr un mejor pronóstico materno-fetal, con foco en iniciar el tratamiento del carcinoma lo antes posible.

Palabras clave: Carcinoma colorrectal, Embarazo, Tratamiento quirúrgico.

INTRODUÇÃO

Diagnosticar neoplasias na gestação é algo raro, porém dentre as mais comuns se encontram os cânceres de mama, cabeça e pescoço, tireoide, pulmão, hematológicos e sarcomas. Já o câncer colorretal (CCR) se apresenta em 0,0002% das gestantes. O câncer colorretal acomete um milhão de pessoas por ano no mundo, sendo o quarto tumor mais incidente em homens e o terceiro em mulheres (atrás de mama e colo do útero). (ALENCAR MMPD, 2019).

O CCR cursa de forma idônea em suas fases iniciais, sendo as primeiras manifestações presença de sangue oculto nas fezes, seguido por alterações no hábito intestinal, tendendo a constipação, alterações em formato e consistência das fezes, e em suas fases mais avançadas anemia e perda de peso (FREITAS AHA, et al., 2011). O câncer de cólon em geral tem diagnóstico tardio decorrente do seu desenvolvimento silencioso da lesão e do longo período em que ela permanece assintomática. Há uma tendência de alteração anatômica de distribuição do câncer ao longo do cólon. Se o câncer incidir mais em cólon direito, os sintomas aparecem de forma mais tardia (TIBANA TK, et al., 2019).

O objetivo do tratamento da gestante com câncer colorretal é o mesmo da não grávida: o controle local da doença e a prevenção de metástases sistêmicas. A gestação em si não altera a evolução da doença, visto que a sobrevida é semelhante em gestantes e não-gestantes, porém as alterações fisiológicas da gestação podem se tornar fatores confundidores quanto ao quadro clínico e retardo diagnóstico (SALANI R, BILINGSLEY CC, et al., 2014).

O presente estudo teve como objetivo relatar caso de paciente gestante que recebeu diagnóstico de câncer colorretal na primeira metade da gestação, visando assim debater sobre possíveis tratamentos bem como particularidades do mesmo. Foi apreciado pelo comitê de ensino e pesquisa com o número CAAE: 77229524.6.0000.5438 e parecer 6.636.631.

DETALHAMENTO DO CASO

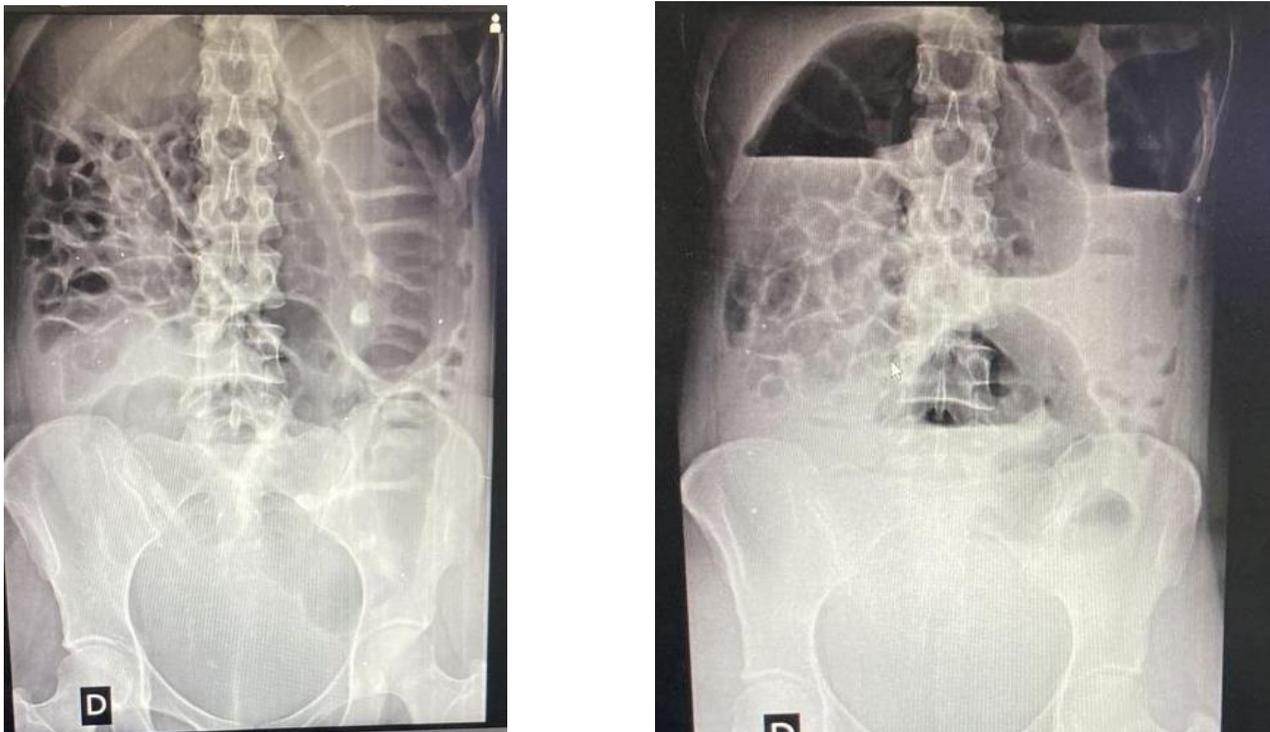
Paciente, 33 anos, primigesta, gestação em curso de 18 semanas e 5 dias deu entrada unidade de pronto atendimento obstétrico com queixa de dor em baixo ventre, do tipo cólica há dois meses, associado a constipação intestinal iniciado há um mês, cursando com distensão abdominal e parada da eliminação de fezes e flatos há 10 dias. Alegava também a presença de náuseas e vômitos de início recente, com piora progressiva e importante do quadro há 3 dias de sua admissão. Negou febre, perdas vaginais, perda de peso,

enterorragia, melena ou presença de muco nas fezes. Referia ter feito uso de diversas medicações laxativas e lavagem intestinal por duas vezes com eliminação de mínima quantidade de fezes endurecidas.

De antecedentes pessoais referiu hipotireoidismo estando em uso de levotiroxina 25mcg ao dia, negando etilismo, tabagismo, drogadição ou alergias. Negou cirurgias abdominais prévias. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, corada, desidratada (+/4+), anictérica, acianótica e afebril. Aparelhos respiratório e cardiovascular sem alterações. Abdome gravídico, levemente distendido, doloroso à palpação profunda, especialmente em região epigástrica. Testes de Blumberg e Murphy negativos. Altura uterina de 16cm, batimentos cardíacos fetais de 134bpm, dinâmica uterina ausente, tônus uterino sem alterações. Exame ginecológico com especular demonstrando colo trófico com secreção fisiológica coletada em fundo de saco vaginal, ausência de sangramentos e toque vaginal colo grosso posterior impérvio indolor a mobilização. Toque retal sem fezes em ampola retal, sem massas palpáveis.

Diante do quadro apresentado e sob hipótese diagnóstica de tratar-se de abdome agudo obstrutivo, foram solicitados exames laboratoriais e de imagem, além de avaliação conjunta da equipe de cirurgia geral. Os exames se tratavam de radiografia de abdome agudo com proteção de chumbo e ressonância nuclear magnética (RNM) de abdome superior, bacia e pelve. Em exames laboratoriais iniciais foi evidenciado anemia normocítica e normocrômica, leucocitose com 5% de bastões e 78% segmentados, demais exames que pudessem evidenciar comprometimento hepático, pancreático ou biliar sem alterações. Radiografia de incidência torácica sem alterações e de abdome apresentando distensão hidroaérea de alças colônicas e ausência de gás em ampola retal.

Figura 1 - Radiografia de abdome agudo realizada com proteção de chumbo na admissão.



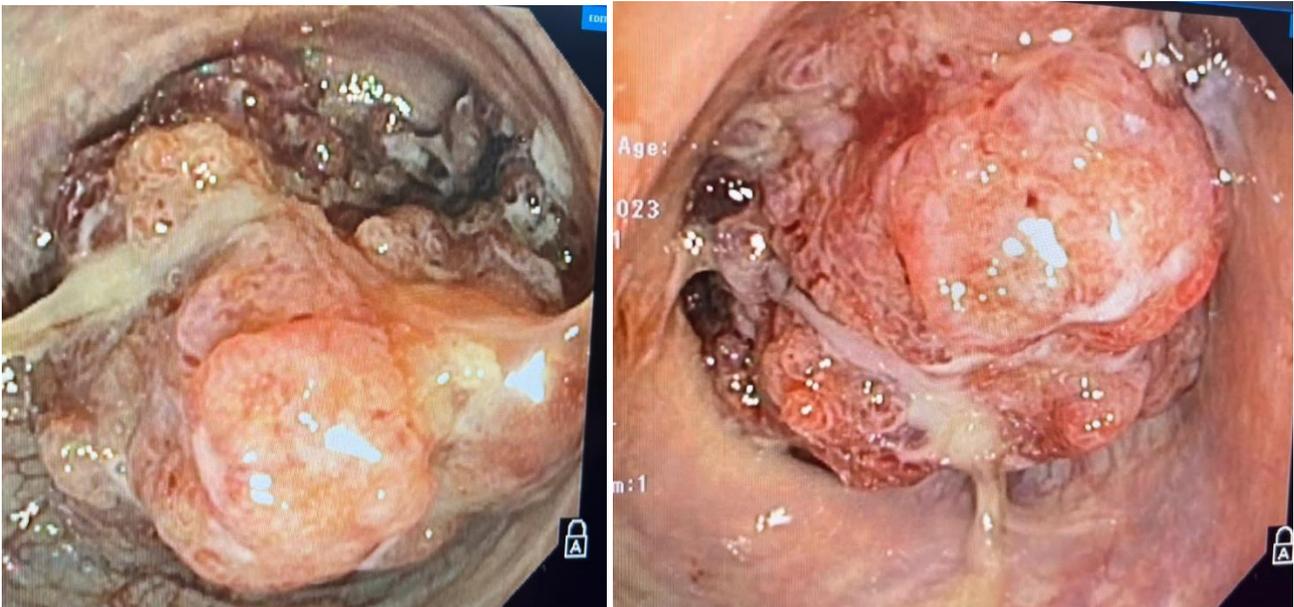
Fonte: Magalhães RS, et al., 2024.

A RNM evidenciou-se: espessamento concêntrico e circunferencial da transição retossigmóide com alto sinal em T2 e restrição nas sequências de difusão, com extensão por 5,0 cm. Determinando suboclusão intestinal a montante e distensão gasosa difusa de alças colônicas. Pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal. Sendo tais achados suspeitos para acometimento neoplásico.

De posse desses exames e para melhor correlaciona-los, foi realizado alívio da constipação intestinal com clister e em seguida colonoscopia, a qual evidenciou acometimento neoplásico com obstrução total da luz intestinal, sendo então optado por abordagem cirúrgica via laparoscópica devido a hipótese diagnóstica de abdome agudo obstrutivo por neoplasia de reto.

Durante o procedimento cirúrgico visualizou-se pequena quantidade de líquido amarelo citrino em cavidade, distensão difusa de alças de delgado e cólons, com lesão em reto alto e retração de serosa (anel de guardanapo) (**figura 2** - peça cirúrgica). Útero gravídico e ausência de lesões hepáticas. Optou-se por realizar retossigmoidectomia com grampeador contour e abscindir o reto na altura do promontório, além de confeccionado colostomia em hipocôndrio esquerdo.

Figura 2 – Colonoscopia.



Fonte: Magalhães RS, et al., 2024.

Após o procedimento, foi realizado ultrassonografia para avaliar o feto, identificando feto único, vivo, pélvico, peso 246g, P80, líquido amniótico habitual, placenta tópica posterior, idade gestacional 18 semanas e 1 dia, com crescimento adequado. No pós-operatório a paciente manteve-se em jejum, foi iniciado antibioticoterapia com ceftriaxona e metronidazol, e seguiu internada em leito de enfermaria para avaliação diária do binômio mãe e feto, tendo alta no sétimo pós-operatório.

As peças retiradas foram enviadas para anatomopatológico obtendo-se os seguintes achados: Adenocarcinoma de padrão tubular moderadamente diferenciado com áreas mucoprodutoras infiltrando até tecido adiposo pericólico, medindo 6,0 cm no maior eixo. Invasão vascular presente e perineural não detectada. Margens cirúrgicas proximal, distal e circunferencial livres de neoplasia e dezenove linfonodos livres de neoplasia. Presença de implantes tumorais na gordura pericólica.

DISCUSSÃO

Câncer gestacional é definido como um câncer que é diagnosticado na gestação ou até um ano pós-parto. O índice de neoplasias diagnosticadas na gestação vem aumentando visto que as mulheres estão engravidando em idades mais avançadas, fato esse que é fator de risco para desenvolvimento das mais diversas neoplasias (ALENCAR MMPD, 2019; CAMPOS FGCMD, et al., 2017). Quanto ao câncer colorretal os principais sinais e sintomas de suspeição são presença de sangue nas fezes, seja hematoquezia, melena ou enterorregia, diarreia, constipação, dor abdominal, alteração no aspecto das fezes, tais sintomas são

muitas vezes mascarados pelas alterações fisiológicas da gestação (ALKHAMIS WH, et al., 2020). Em populações jovens, abaixo de 50 anos não existe, porém uma forma de rastrear tal entidade clínica que seja comprovada como eficaz (ARAUJO SEA, et al., 2007).

A propedêutica diagnóstica inicial se dá pela colonoscopia quando o grau de suspeição é alto, visto que devido as possíveis complicações adversas como descolamento prematuro da placenta, exposição fetal a potenciais medicamentos teratogênicos ou lesão fetal resultante de hipóxia ou hipotensão materna durante o procedimento, sendo ainda assim o padrão-ouro (ALKHAMIS WH, et al., 2020).

Enema opaco e tomografia computadorizada são contraindicados em gestantes, salvo em fases mais tardias da gestação. Dosagem de marcadores tumorais como antígeno carcinoembrionário (CEA) não têm grande valor visto que a gestação pode elevar os níveis do mesmo (ALKHAMIS WH, et al., 2020). A cura se dá com a ressecção cirúrgica com margens livres e linfadenectomia oncológica. Opta-se pelo tratamento como o de uma mulher não gestante. Todavia, a conduta é guiada, pela maioria dos autores, tomando por base a idade gestacional em que se deu diagnóstico (ALKHAMIS WH, et al., 2020).

Se o mesmo se dá na primeira metade da gestação, a terapêutica de escolha deverá ser como de uma paciente não gestante, como optado na paciente do relato acima. Aguardar a viabilidade fetal piora o prognóstico materno visto que focos de metástase e avanço rápido da doença podem ocorrer. O útero é preservado caso não impeça o acesso à pelve ou não apresente invasão tumoral macroscópica, ou seja, quanto mais inicial a gestação, mais fácil o acesso ao tumor e maiores chances de preservação do útero caso o mesmo não esteja acometido macroscopicamente (SALANI R, et al., 2014).

As vias de acesso cirúrgica podem ser laparoscópica ou laparotômica. Estudos destacam que os riscos de complicações, tempo de internação e recuperação da paciente pela via laparoscópica são menores do que pela via aberta, entretanto dependendo da extensão do tumor e acometimento peri-tumoral dos órgãos adjacentes a via laparotômica se faz necessária para garantir boa margem de ressecção (MCCORNICK A e PETERSON E, 2018).

A ooforectomia é recomendada devido alta incidência de metástases, principalmente quando há acometimento do reto. Na população geral, o índice de metástases ovarianas é de 3 a 8%, enquanto em gestantes esse número sobe para 24%. É a realização de biópsias de congelação quando a paciente deseja preservar a fertilidade, e caso positiva realiza-se salpingo-ooforectomia com histerectomia, caso o ato cirúrgico seja após a resolução da gestação. O prognóstico dessas pacientes com metástases ovarianas é reservado, tendo uma sobrevida de 3 a 12 meses (FREITAS AHA, et al., 2011).

Os relatos de desenvolvimento fetal e sua preservação após ressecção do tumor são raros. Não existem conclusões sob o efeito do estresse cirúrgico e da anestesia sob a viabilidade e desenvolvimento fetal (ROGERS JE e DASARI A, 2016; SILVA MD, et al., 2016). O terapia quimioterápica neoadjuvante depende do estágio, tipo histológico, idade e condições clínicas da paciente, grau de diferenciação tumoral e CEA pré-operatório. O protocolo de adjuvância para primeira linha incluiu administrações diárias de ácido do folínico e fluorouracil (ALKHAMIS WH, et al., 2020).

Tal medicação quimioterápica é considerada categoria D na gestação, entretanto, a depender da idade gestacional na qual o diagnóstico foi confirmado e do estágio da doença podem ser utilizados desde que a paciente esteja ciente dos possíveis efeitos sobre a gestação. Existe uma tendência a se evitar o uso desses no primeiro trimestre da gestação visto o maior risco de malformações fetais, entretanto no segundo e terceiro trimestres são seguros tendo risco mínimo para o feto (MELANI AGF, et al., 2011; MARTONI AA, et al., 2007).

Entretanto existe relato de neonato normal tendo sido realizada quimioterapia no primeiro trimestre. Apesar de não se poder relacionar o tratamento quimioterápico nos três primeiros meses com as malformações encontradas, existe consenso em evitar seu uso neste período (MELANI AGF, et al., 2011). O termo de consentimento livre e esclarecido deve ser preenchido e assinado pela paciente, sendo essencial para abordagem do caso. A paciente e seus familiares devem ser informados sobre as opções terapêuticas e riscos, e o tratamento deve ser decidido em conjunto. Embora a interromper a gravidez possa ser considerada

após o diagnóstico de câncer, não há evidência de que leve à melhoria do prognóstico materno-fetal (SALANI R, et al., 2014). Existe a tendência de resolução da gestação em torno de 27 a 34 semanas, ponto este no qual o neonato já apresenta viabilidade considerável e maturidade pulmonar. Essa decisão em geral é tomada em conjunto entre a equipe de obstetrícia e oncologia clínica, visando o seguimento do tratamento quimioterápico e/ou radioterápico materno após a resolução da gestação. Nesse ponto as complicações para o recém-nascido se associam a prematuridade em si (FREITAS AHA, et al., 2011; SCHUNEMANN JE, et al., 2007).

Não existe consenso quanto a via de parto para resolução de tal gestação. A resolução por via alta é preferida naqueles casos em que a paciente passou por cirurgia gastrointestinal com necessidade de colostomia e naqueles em que o estado geral da paciente já não permite que a mesma passe pelo estresse físico do parto normal (ALKHAMIS WH, et al., 2020; DEIBE ND, 2021). O presente relato se mostra diferencial visto que o diagnóstico se deu antes de 20 semanas de idade gestacional e em uma fase inicial da doença, tendo sido optado, e possível, a abordagem cirúrgica juntamente com a manutenção da gestação, antes de se prosseguir com o tratamento clínico oncológico complementar com quimioterapia e radioterapia adjuvantes, este que será feito após a resolução da gestação.

Cabe a equipe multidisciplinar estar sempre bem alinhada frente as condutas visto que envolve o binômio mãe-feto e principalmente o prognóstico materno nesses casos, sempre visando a melhor terapêutica frente a casos raros e complexos como este. Diagnosticar neoplasias na gestação é um desafio e o carcinoma colorretal por se tratar de um diagnóstico raro se torna ainda mais desafiador. Conduzir tal caso envolve aspectos clínicos de avaliação mãe-feto, prognóstico frente a neoplasia e prognóstico fetal frente a idade gestacional e acometimento uterino.

Deste modo podemos considerar, portanto que a abordagem das queixas clínicas em gestantes precisa de atenção especial, principalmente frente ao diagnóstico de abdome agudo obstrutivo, sendo de suma importância descartar diagnósticos mais raros como o CCR. A conduta frente ao CCR na gestante necessita de discussão multidisciplinar e particularização de cada caso frente ao estadiamento da doença e prognóstico gestacional.

REFERÊNCIAS

1. ALENCAR MMPD, et al. Adenocarcinoma de colón em gestante: relato de caso. *Journal of Coloproctology*, 2019; 39: 87–88.
2. FREITAS AHA, et al. Câncer de reto durante gestação: relato de caso e revisão da literatura. *Rev bras colo-proctol*. 2011Jan;31(1):81–4.
3. TIBANA TK, et al. Obstructive colorectal cancer presenting as constipation during pregnancy. *Radiologia Brasileira*, 2019; 52(3): 207–208.
4. SALANI R, BILINGSLEY CC, CRAFTON SM. Cancer and pregnancy: an overview for obstetricians and gynecologists. *Am J Obstet Gynecol*. 2014; 211(1): 7-14.
5. MCCORNICK A e PETERSON E. Cancer in Pregnancy. *Obstet G Clin North Am*. 2018; 45(2):187-200.
6. ROGERS JE, et al. The Treatment of Colorectal Cancer During Pregnancy: Cytotoxic Chemotherapy and Targeted Therapy Challenges. *Oncologist*. 2016; 21(5): 563-70.
7. ALKHAMIS WH, et al. Good Outcome of Early-Stage Rectal Cancer Diagnosed During Pregnancy. *Am J Case Rep.*, 2020; 21.
8. MELANI AGF, et al. Tratamento cirúrgico do adenocarcinoma de reto por laparoscopia e por acesso convencional: estudo comparativo de tempo cirúrgico, complicações pós-operatórias, radicalidade oncológica e sobrevida. *Revista Do Colégio Brasileiro De Cirurgiões*, 2011; 38(4): 245–252.
9. CAMPOS FGCM, et al. Incidence of colorectal cancer in young patients. *Rev Col Bras Cir.*, 2017; 44(2): 208–15.
10. SILVA MD e ERRANTE PR, Câncer colorretal: fatores de risco, diagnóstico e tratamento. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, 2016; 13: 33.

11. SCHUNEMANN JE, et al. Radioterapia e quimioterapia no tratamento do câncer durante a gestação - revisão de literatura. *Rev. Bras. Cancerol.*, 2007; 53(1): 41-6.
12. TIBANA TK, et al. Obstructive colorectal cancer presenting as constipation during pregnancy. *Radiol Bras.*, 2019; 52(3): 207–8.
13. ARAUJO, SEA, et al. Gestacao e cancer colorretal, *Rev. ginecol. Obstet.*, 2003; 14(2): 73-7.
14. DEIBE ND. Abordagem de tumores abdominais malignos na gestação: revisão da literatura e relato de caso, Coleciona SUS, Sec. Munic. Saúde SP, HSPM-Producao, Sec. Munic. Saúde SP, 2021.
15. MARTONI AA, et al. Cancer chemotherapy near the end of life: the time has come to set guidelines for its appropriate use. *Tumori*, 2007; 93(5): 417-22.