

ABDOME AGUDO ONCOLÓGICO: DIAGNÓSTICO E MANEJO

ONCOLOGICAL ACUTE ABDOMEN: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT

Letícia Manoel Debon¹, Ricardo Breigeiron^{2,3}

¹ Acadêmica de Medicina da Associação Turma Médica 2018 da Escola de Medicina da PUCRS ² Médico Cirurgião do Serviço de Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital São Lucas da PUCRS ³ Professor da Escola de Medicina da PUCRS

RESUMO

Introdução: Queixas gastrointestinais em pacientes oncológicos podem representar um dilema diagnóstico com taxas significativas de morbidade e mortalidade. O abdome agudo secundário à neoplasia é geralmente multifatorial. Causas relacionadas à neoplasia podem ser diretas (efeito mecânico do tumor, sangramento tumoral, progressão de doença) ou indiretas (manifestações sistêmicas como imunossupressão e hipercoagulabilidade). Devido às diversas possíveis causas subjacentes, a avaliação clínica se torna complicada dado o quadro clínico por vezes atípico e a apresentação eventualmente tardia, visto que a imunossupressão pode atenuar muitos achados. O exame de imagem, em especial a tomografia computadorizada, desempenha um papel fundamental na identificação

da causa subjacente, no mapeamento da extensão da doença e na triagem de candidatos cirúrgicos.

Métodos: Realizou-se busca nas bases de dado PubMed, Scielo e Embase, procurando os termos “Oncologic Acute Abdomen” e “Oncological Acute Abdomen”, sendo selecionados os artigos mais relevantes e focados na prática clínica, de forma a resumir as principais etiologias, diagnóstico e manejo.

Resultados: A causa mais recorrente de abdome agudo oncológico é, de forma ampla, intestinal, abarcando diagnósticos de obstrução, perfuração e causas inflamatórias.

Conclusão: A cirurgia para emergências abdominais em pacientes com câncer avançado carrega um alto risco operatório e requer discussão multidisciplinar de indicações, com total respeito pelas regras éticas. O objetivo da cirurgia é melhorar os sintomas e focar tanto na qualidade de vida quanto na duração da sobrevida. Muitas alternativas existem e suas vantagens e limitações devem ser pesadas antes de recorrer a um procedimento cirúrgico.

Palavras-chave: emergência oncológica, ética, cirurgia oncológica.

ABSTRACT

Introduction: Gastrointestinal complaints in cancer patients may represent a diagnostic dilemma with significant morbidity and mortality rates. The acute abdomen secondary to neoplasia is usually multifactorial. Causes related to neoplasia can be direct (mechanical tumor effect, tumor bleeding, disease progression) or indirect (systemic manifestations such as immunosuppression and hypercoagulability). Due to the many possible underlying causes, clinical evaluation becomes complicated given the sometimes-atypical clinical picture and the eventually late presentation, since immunosuppression may attenuate many findings. Imaging, espe-

cially computed tomography, plays a key role in identifying the underlying cause, mapping the extent of disease, and screening surgical candidates.

Methods: We searched the databases PubMed, Scielo and Embase, searching for the terms “Oncologic Acute Abdomen” and “Oncological Acute Abdomen”, being selected the most relevant articles and focused on clinical practice, in order to summarize the main etiologies, diagnosis, and management.

Results: The most frequent cause of acute oncologic abdomen is the intestinal cause, encompassing diagnoses of obstruction, perforation and inflammatory causes.

Conclusion: Surgery for abdominal emergencies in patients with advanced cancer carries a high surgical risk and requires a multidisciplinary discussion of indications, with full respect for ethical rules. The goal of surgery is to improve the symptoms and focus on both quality of life and duration of survival. Many alternatives exist and their advantages and limitations must be weighed before resorting to a surgical procedure.

Keywords: Oncologic Emergency; Ethic; Surgical Oncology.

INTRODUÇÃO

Queixas gastrointestinais em pacientes oncológicos podem representar um dilema diagnóstico com taxas significativas de morbidade e mortalidade. O abdome agudo é uma apresentação comum nesses pacientes, ocorrendo em cerca de 40% daqueles que buscam atendimento. Emergências abdominais podem ser a primeira apresentação de um tumor subjacente. Os avanços no tratamento do câncer e o aumento da expectativa de vida as tornam situações frequentes na prática clínica (1–3). O abdome agudo secundário a neoplasias é geralmente multifatorial. Causas relacionadas à neoplasia podem ser diretas (efeito mecânico do tumor, sangramento tumoral, progressão de doença) ou indiretas (manifestações sistêmicas como

imunossupressão e hipercoagulabilidade). Nesse grupo de pacientes, pode haver complicações relacionadas à cirurgia oncológica prévia, bem como relacionadas a efeitos colaterais de quimioterapia e/ou radioterapia (1,2).

Devido às diversas possíveis causas subjacentes, a avaliação clínica se torna difícil dado o quadro clínico por vezes atípico e a apresentação eventualmente tardia, visto que a imunossupressão pode atenuar muitos achados. Além disso, no contexto de imunossupressão profunda, uma ampla gama de infecções e patologias atípicas deve ser considerada. A escassez de sintomas, sinais clínicos e evidências laboratoriais podem dificultar o diagnóstico e o subsequente tratamento (1–3). Após o desafio das questões diagnósticas, vem a dificuldade na identificação de candidatos cirúrgicos e não cirúrgicos. Esta seleção, se inadequada, estabelece alta morbidade perioperatória e, muitas vezes, mau prognóstico a longo prazo. Alguns casos podem e devem ser manejados de forma conservadora. Entretanto, em casos como obstrução intestinal, perfuração e sangramento agudo, a intervenção cirúrgica imediata pode ser decisiva e trazer bons resultados a curto prazo (1,3). O exame de imagem, em especial a tomografia computadorizada (TC), desempenha um papel fundamental na identificação da causa subjacente, no mapeamento da extensão da doença e na triagem de candidatos cirúrgicos. Ademais, a radiologia intervencionista desempenha um papel cada vez mais importante no manejo não cirúrgico desses pacientes. Radiografias (RX) simples são frequentemente realizadas, mas a TC é o exame que melhor permite não só a identificação, mas também o estadiamento da doença (1).

MÉTODOS

Foram realizadas buscas nas bases de dados PubMed, Scielo e Embase, procurando os termos “*Oncologic Acute Abdomen*” e “*Oncological Acute Abdomen*”, sendo selecionados os artigos mais relevantes e focados na

prática clínica, de forma a resumir as principais etiologias, diagnóstico e manejo.

RESULTADOS

A causa mais recorrente de abdome agudo oncológico é, de forma ampla, a causa intestinal, abarcando diagnósticos de obstrução, perfuração e causas inflamatórias (1,2).

TABELA 1. Sinais clínicos de acordo com o nível da obstrução

SINTOMAS	OBSTRUÇÃO ALTA	OBSTRUÇÃO BAIXA
VÔMITO	Biliar, aquoso Abundante Não ou sem odor	Pequeno volume Por vezes ausente Odor forte ou fecaloide
DOR	Quadro inicial Periumbilical Breve, em cólica	Sintoma tardio Localizada Dor em cólica, inconstante
DISTENSÃO ABDOMINAL	Por vezes ausente	Presente
ANOREXIA	Sempre	Por vezes ausente

Fonte: adaptado de Laval et al., 2014.

Obstrução intestinal

O diagnóstico se dá através do quadro clínico e evidência radiológica de obstrução intestinal no contexto de um diagnóstico de câncer intra-abdominal. Pode ser a apresentação inicial da neoplasia e a obstrução ser parcial ou total. (1,3,4) Corresponde a cerca de 3% de todos os casos de abdome agudo anuais,

sendo a incidência maior em câncer colorretal (10-28%) e câncer de ovário (20-50%). Acomete intestino delgado com maior frequência do que intestino grosso. A causa pode ser mecânica ou funcional (1,2). Causa Mecânica: intraluminal (tumor primário ou secundário, causas inflamatórias); intramural (infiltração da parede do intestino); extramural (compressão extrínseca de massas, volvos, aderências), intussuscepção. (1,2,5) Causa Funcional: infiltração tumoral de mesentério; analgésicos; pós-operatório; neuropatia paraneoplásica. (1,2)

O exame de imagem permite identificar nível de obstrução e causa, potencial de estrangulamento ou perfuração e necessidade de intervenção cirúrgica imediata. O RX é um exame rápido, que pode ser feito à beira do leito, a fim de orientar conduta precoce. Os achados mais comuns são: distensão gasosa do intestino delgado ou grosso ou alças intestinais formando níveis aéreos; alças de intestino delgado dilatadas e cólon sem gás (indicando obstrução do intestino delgado); presença de ar em altura distinta do fluido em mesma alça de intestino delgado (sugere obstrução completa) (1,2). A TC é superior na identificação do ponto de transição, causa e anatomia adjacente. Os achados mais comuns são: espessamento da parede intestinal, massa com densidade de tecido mole nas neoplasias intestinais, massas extrínsecas e volvos; a intussuscepção é vista como sinal de alvo ou padrão "loop dentro de loop", com ou sem gordura invaginada e vasos mesentéricos; se não houver massa identificável, a causa da obstrução pode ser aderências; é possível identificar obstruções simples e de circuito fechado, bem como estrangulamento e perfuração, auxiliando na seleção de candidatos cirúrgicos. (1,2,5)

O manejo pode ser conservador, através de decompressão, reanimação volêmica e farmacoterapia (escopolamina, octreotide). O manejo cirúrgico está associado a alta morbidade (42%), mortalidade (5-32%) e taxas de recorrência (10 a 50%). Deve-se considerar cirurgia para obstrução de alça fechada, estrangulamento e obstrução simples com piora após manejo conservador (1,2).

Perfuração intestinal

A perfuração intestinal pode ser chamada livre, quando o conteúdo do intestino derrama na cavidade abdominal, ou contida, quando os órgãos contíguos bloquearem a área perfurada. Frequentemente é do tipo livre em pacientes imunocomprometidos, devido ao atraso na apresentação e à manifestação inespecífica. Existem diversas possíveis causas (1–4):

Tumor primário, através de perfuração transmural do tumor no intestino ou invasão adjacente, secundária para metástases (1,2);

Infecções oportunistas, como CMV, cândida, tuberculose (1,2);

Colite neutropênica (1–3), colite isquêmica, impactação fecal, doença diverticular em pacientes imunocomprometidos (1,2);

Secundária à quimioterapia, incluindo medicamentos que causam pneumatose, bevacizumab (agente antiangiogênico), sorafenib, sunitib, capecitabina – a incidência de perfuração em doentes em tratamento com bevacizumab é 0,9-4% (1–3);

Deiscências ou fístulas anastomóticas no pós-operatório, que geralmente ocorrem nos primeiros 3 meses após a cirurgia. Pode ocorrer perfuração mais de um ano após a cirurgia por recidiva ou terapia antiangiogênica, como bevacizumabe (1–3).

O RX pode ser utilizado na investigação inicial rápida para procurar ar intraperitoneal, mas a TC é altamente sensível e pode demonstrar pequenas quantidades de ar livre. Os achados mais comuns incluem abscesso ou coleção localizada de fluido extramural ou ar próximo ao local de perfuração; plastrão (massa de tecido inflamatório) adjacente ao local de perfuração; segmento anormal do intestino com espessamento da parede ou pneumatose; vazamento do material de contraste luminal no local da perfuração; sinais de vazamento abarcam deiscência de cliques cirúrgicos, aumento do fluido adjacente ao local da anastomose, espessamento da parede, formação de abscessos intraperitoneais (1,2). O manejo consiste

na administração de antibióticos de amplo espectro e geralmente manejo cirúrgico. Vazamentos anastomóticos tardios, se relacionados à quimioterapia, devem ser tratados com suspensão da quimioterapia e tratamento conservador, se possível (1,2).

Alterações inflamatórias/infeciosas intestinais

A colite neutropênica, também chamada tiflíte, consiste em uma inflamação transmural do ceco, cólon proximal e íleo terminal que ocorre em pacientes sob quimioterapia, com doenças hematológicas ou submetidos a transplante de medula óssea. Caracteriza-se por neutropenia febril e dor abdominal, particularmente em fossa ilíaca direita. Os sintomas geralmente ocorrem entre 10 e 14 dias após o início do tratamento quimioterápico. A quimioterapia – ou os infiltrados leucêmicos – causa danos à mucosa do cólon, e a neutropenia leva à infecção bacteriana e à necrose. Pneumatose e formação de líquido ou abscesso também podem estar presentes. Ao diagnóstico diferencial de outras colites, o envolvimento combinado do intestino grosso e delgado é mais comum na tiflíte, bem como a pneumatose intestinal (1–4).

O RX para esses casos é inespecífico. Os achados incluem alças de intestino dilatadas espessas à direita no quadrante inferior e pneumatose intestinal localizada. Na ultrassonografia visualiza-se espessamento da parede intestinal no quadrante inferior direito. Novamente, o método de escolha é a TC. Os achados mais comuns são o espessamento da parede do intestino grosso, sendo que o grau de espessamento se correlaciona significativamente com o desfecho dos pacientes. O cólon direito é mais comumente afetado (até 75%) e ocorre envolvimento cecal isolado em cerca de 30%. O manejo consiste em antibioticoterapia de amplo espectro e correção de citopenias (1,2).

Condições vasculares

Incluem hemorragia intra-abdominal, trombozes vasculares e oclusão. A hemorragia intra-abdominal grave em câncer é uma complicação rara, mas potencialmente fatal (1–4). As causas mais comuns na ruptura tumoral ocasionando uma condição vascular são os tumores hipervascularizados, como o carcinoma hepatocelular (CHC), carcinoma de células renais e o melanoma, sendo esta a causa mais comum de hemoperitônio espontâneo. Cerca de 10-15% dos pacientes com CHC apresentam-se à emergência com hemorragia abdominal. Outras causas incluem ruptura esplênica espontânea em pacientes com linfoma ou leucemia (1,2). Fatores de risco para tais eventos são invasão tumoral, massas tumorais de grande tamanho, de localização periférica ou subcapsular, com aumento da vascularização. Outros fatores são coagulopatias secundárias, por exemplo, a leucemia, especialmente após quimioterapia (1,2).

Os exames de escolha são TC e angiografia. Os achados consistem em ascite de alta atenuação no hemoperitônio agudo, níveis de fluidos, hematomas subcapsulares ou intra-abdominais na TC sem contraste. O sangue coagulado tem uma atenuação maior e um coágulo sentinela pode indicar a fonte de sangramento. Na TC com contraste, pode-se visualizar o extravasamento ativo de contraste, identificando o local da hemorragia e sangramento contínuo. O manejo consiste em embolização guiada por imagem ou exploração cirúrgica emergencial (1,2).

Condições hepatobiliares e pancreáticas

Pode ocorrer pancreatite secundária à quimioterapia (asparaginase, ifosfamida, paclitaxel, cisplatina, vinorelbina, citarabina e tretinoína) ou à cirurgia (cirurgia citorrredutora e quimioterapia intraperitoneal). A pancreatite associada à asparaginase tem uma prevalência de 2% a 16%. Os sintomas geralmente iniciam horas após a quimioterapia, mas podem ser

tardios (1,2). À TC, visualiza-se edema pancreático difuso ou focal, áreas de baixa atenuação, encordoamento de gordura peripancreática e líquido peripancreático. Todavia, a TC pode ser normal com evidência laboratorial de pancreatite. O tratamento indicado é quimioterapia alternativa e manejo conservador (1,2).

Abscessos hepatobiliares piogênicos e fúngicos podem ser vistos como secundários a imunocomprometimento. O tratamento consiste em antibióticos e drenagem percutânea. Abscessos hepatobiliares, colangite e colecistite podem ser vistos como complicações mais comuns após colocação de stent para obstrução biliar (1,2). TC em abscessos hepáticos mostra hipodensidades hepáticas únicas ou múltiplas, sendo as metástases o diagnóstico diferencial mais comum; presença de ar dentro da lesão e “sinal de cluster” são pistas úteis. A colecistite é vista como espessamento da parede da vesícula biliar, líquido pericolecístico e encordoamento. Características de colecistite e perfuração complicadas devem ser procuradas, pois podem exigir cirurgia urgente (1,2).

Etiologias únicas aos pacientes com câncer

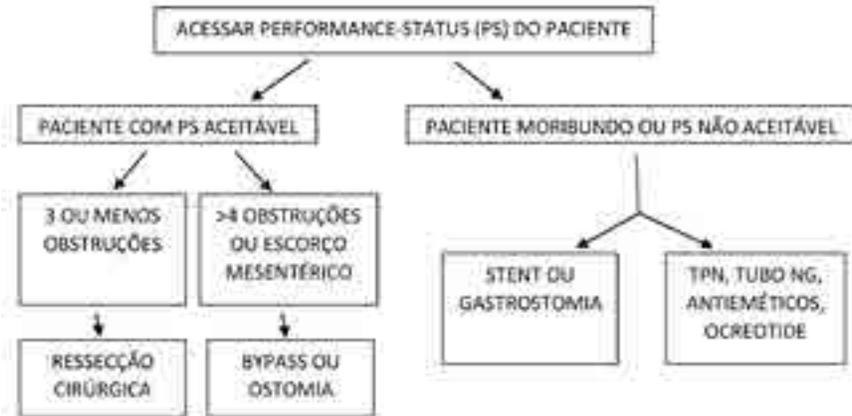
A ascite maligna é definida como a coleção de fluido contendo células cancerígenas no abdome. Pode ocorrer por invasão direta do peritônio – carcinomatose peritoneal – e por obstrução venosa ou linfática. O câncer de ovário é o tumor maligno mais comum para causar ascite, ocorrendo em 37% dos casos. Por esse motivo, a ascite maligna é duas vezes mais comum em mulheres (67% vs. 33%). Outras neoplasias complicadas por ascite incluem cânceres pancreatobiliares, gástricos, esofágicos e colorretais. A fisiopatologia do acúmulo de líquido ascítico é multifatorial e pode resultar de obstrução venosa e linfática, alterações oncóticas ou permeabilidade vascular aumentada. Em mais de 50% dos pacientes diagnosticados com ascite maligna, esta consiste na primeira apresentação de malignidade subjacente. Paracentese é necessária para estabelecer a

fonte. A citologia é diagnóstica em 50-60% dos casos, com sensibilidade de 58-75%. As estratégias de tratamento são dirigidas para alívio sintomático, semelhante ao tratamento de pacientes com ascite não maligna. Intervenções incluem diuréticos e paracentese terapêutica. Caso tais medidas não tenham sucesso, um dreno peritoneal pode ser colocado, com alívio em 83-100% dos casos. Uma alternativa mais invasiva é a derivação peritoneovenosa (PVS), a qual incorpora válvulas unidirecionais do fluxo do peritônio para a veia cava. O PVS tem uma maior taxa de patência aos 72 dias e traz risco de coagulação intravascular disseminada por desvio de células cancerígenas para a veia cava. Quimioterapia intraperitoneal paliativa pode ser considerada (2,6,7).

A síndrome de Budd-Chiari descreve as manifestações clínicas da obstrução do fluxo venoso hepático ao nível das vênulas hepáticas, grandes veias hepáticas, veia cava inferior ou átrio direito. Essas trombooses obstrutivas ocorrem mais frequentemente no contexto de um estado de hipercoagulabilidade subjacente e, em casos raros, pode resultar da invasão do tumor. As malignidades que mais frequentemente a precipitam são o CHC, de células renais e adrenal. A estase venosa e a congestão hepática resultantes causam lesão de células parenquimatosas hipóxicas, necrose centrolobular e eventualmente cirrose. A menos que a congestão hepática seja aliviada, a obstrução progride para o fígado, seguida de falência hepática e morte. Coagulopatia, encefalopatia e desenvolvimento da síndrome hepatorenal indicam prognóstico reservado. O diagnóstico pode ser estabelecido usando ultrassonografia, TC ou ressonância magnética (RM). Se a imagem for inconclusiva, uma biópsia hepática pode ser necessária. Achados incluem não visualização das veias hepáticas, ausência de fluxo na veia hepática, estenose ou trombose nas veias hepáticas, colaterais intra-hepáticas e obstrução da veia cava inferior infra-hepática. A TC e a RM oferecem as vantagens de uma melhor identificação de necrose e melhores detalhes da perfusão hepática. Para pacientes relativamente

assintomáticos, terapia medicamentosa com restrição de sódio, diuréticos, anticoagulação e paracenteses podem constituir a estratégia inicial de manejo. No cenário avançado, os pacientes precisam de desvio portosistêmico cirúrgico ou percutâneo. Ambos os tratamentos são seguidos por anticoagulação sistêmica vitalícia. Casos fulminantes ou refratários podem exigir transplante de fígado (2).

Nas complicações intestinais relacionadas à radioterapia, o processo patológico subjacente é a endarterite obliterante e o comprometimento da circulação microvascular, sendo insulto vascular à parede do intestino agravado pela quimioterapia concorrente. O intestino delgado é mais radiosensível que o intestino grosso, uma vez que a localização fixa do íleo terminal o torna propenso a lesões por radiação. Doses de aproximadamente 50 Gy administradas durante 6 semanas causam enterite por radiação, com irradiação pélvica associada a um risco de 5% para complicações. No intestino grosso, o ceco, o reto e o sigmoide são as porções mais radiosensíveis. Aproximadamente 75% dos pacientes que recebem radiação na pelve desenvolvem sintomas de proctite aguda. À TC, a enterite é vista como espessamento da parede intestinal com um sinal de halo, dilatação, entorse de gordura mesentérica e atenuação aumentada do mesentério. Pode resultar em obstrução intestinal secundária a colite e após estenose de radiação associada a aderências, perfuração e fístulas. Proctite por radiação é observada na TC como espessamento da parede retal e encurtamento da gordura perirretal. O tratamento geralmente é de suporte. Cirurgia pode ser necessária para complicações como obstrução, isquemia e perfuração (1,2).



Fonte: adaptado de Shariat-Madar et al., 2014.

CONCLUSÃO

O abdome agudo é um desafio clínico único em oncologia. Com os avanços nas opções terapêuticas melhorando a sobrevida do paciente, este é um cenário clínico progressivamente comum. A imagem desempenha um papel central no diagnóstico da causa e orienta as decisões terapêuticas, com um papel crescente das intervenções guiadas por imagem. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são a chave para melhorar o resultado (1). A vigilância clínica pelo profissional é, portanto, essencial, com um limiar baixo para usar modalidades avançadas de imagem e uma consideração cuidadosa do diagnóstico diferencial expandido (2).

A cirurgia para emergências abdominais em pacientes com câncer avançado carrega um alto risco operatório e requer discussão multidisciplinar de indicações, com total respeito pelas regras éticas. O objetivo da cirurgia é melhorar os sintomas e focar tanto na qualidade de vida quanto na duração da sobrevida. Muitas alternativas existem e suas vantagens

e limitações devem ser pesadas antes de recorrer a um procedimento cirúrgico (3).

O cirurgião deve determinar com precisão quando um caso de abdome agudo requer intervenção cirúrgica. No entanto, é difícil tomar a decisão de operar um paciente gravemente doente e diagnosticado com câncer. É conveniente considerar o estágio clínico e o prognóstico, bem como cirurgia curativa versus paliativa. É importante aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida, sem aumentar a morbidade e mortalidade (4).

REFERÊNCIAS

1. Exhibit E, Jagmohan P, Dhanda S, Singh P, Thian YL. Acute abdomen in cancer patients : Role of imaging in a challenging clinical scenario. *Eur Soc Radiol.* 2016;1–32.
2. Ilgen JS, Marr AL. Cancer Emergencies: The Acute Abdomen. *Emerg Med Clin North Am* [Internet]. 2009;27(3):381–99. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.emc.2009.04.006>
3. Dumont F, Goéré D, Honoré C, Elias D. Abdominal surgical emergencies in patients with advanced cancer. *J Visc Surg* [Internet]. 2015;152(6):S91–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2015.09.014>
4. Villaseñor EAM, Adame IQ, Macías RM, Ortiz EN, Antonio P, Parra O, et al. Urgencias gastrointestinales en el paciente con cáncer. *Acta Médica Grup Angeles.* 2011;Jul.-Sep.(3):136–42.
5. Mrak K. Uncommon conditions in surgical oncology: Acute abdomen caused by ileocolic intussusception. *J Gastrointest Oncol.* 2014;5(4):E75–9.
6. Laval G, Marcelin-Benazech B, Guirimand F, Chauvenet L, Copel L, Durand A, et al. Recommendations for bowel obstruction with peritoneal carcinomatosis. *J Pain Symptom Manage.* 2014;48(1):75–91.
7. Shariat-Madar B, Jayakrishnan TT, Gamblin TC, Turaga KK. Surgical management of bowel obstruction in patients with peritoneal carcinomatosis. *J Surg Oncol.* 2014;110(6):666–9.