

(21290) - DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE COLORRETAL PÓS-RESSEÇÃO ANTERIOR DO RETO – PAPEL DO GASTRENTEROLOGISTA E DA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DE VÁCUO

Sofia Bragança¹; Mónica Francisco¹; Henrique Coelho¹; Fábio Pereira Correia¹; Joana Fontainhas²; Paulo Alves²; Ana Maria Oliveira¹; Luís Carvalho Lourenço¹; Rita Carvalho¹; David Horta¹

1 - Gastrenterologia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca; 2 - Cirurgia Geral, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A deiscência de anastomose colorretal ocorre em 14% dos doentes submetidos a ressecção anterior do reto (RAR), no contexto de neoplasia do reto. A deiscência da anastomose pode condicionar a formação de coleções pélvicas e conduz à necessidade de reintervenção cirúrgica em 50% dos casos. A terapêutica endoscópica de vácuo pode constituir uma opção minimamente invasiva na abordagem à deiscência de anastomose colorretal pós-RAR, após derivação do trânsito intestinal. O mecanismo de ação da terapêutica endoscópica relaciona-se com o facto de permitir a drenagem eficaz da loca e prevenir a contaminação adicional do espaço perirretal.

Objetivo: O presente caso clínico ilustra o papel que a Gastrenterologia pode ter na abordagem das deiscências colorretais pós-RAR, através da terapêutica endoscópica de vácuo.

Resumo Clínico: Doente de 55 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, realizou colonoscopia total na qual se identificou *lateral spreading tumor* (LST) não granular homogénea, com cerca de 15 mm de maior diâmetro, no reto proximal. Foi realizada mucosetomia em bloco da lesão identificada, com coagulação dos bordos com ponta de ansa, sem incidentes imediatos nem tardios. O estudo anatomopatológico da peça de mucosetomia foi compatível com pólipos malignos (adenocarcinoma), sem critérios de cura endoscópica (margem profunda positiva [tecido neoplásico a 1mm da margem de excisão]). Realizou tomografia axial computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica de estadiamento e ressonância magnética pélvica, não se tendo identificado doença locorregional nem metastática. Repetiu colonoscopia para realização de tatuagem cólica na prega imediatamente distal à cicatriz da lesão excisada. O

caso foi discutido em reunião multidisciplinar no nosso hospital, tendo-se decidido pela realização de ressecção anterior do reto (RAR) com excisão parcial do mesorreto (EPM). O procedimento cirúrgico foi efetuado por via laparoscópica, tendo sido construída anastomose colorretal termino-terminal aos 5 cm da margem anal, e ficado com dreno *sylastic* pélvico. No estudo anatomo-patológico da peça cirúrgica não foi identificado tecido tumoral. Ao terceiro dia (D3) pós-operatório, o doente apresentou pico febril (T38°C), 70 mL de conteúdo amarelado, e verificou-se agravamento dos parâmetros inflamatórios (valor máximo de proteína C reativa 35,21 mg/dL e procalcitonina 6,42 ng/mL). Realizou TC abdomino-pélvica, na qual se identificou coleção adjacente à anastomose colorretal, com cerca de 64mmX33mm, com dreno em posição ântero- superior em relação à mesma. Foi instituída antibioticoterapia (AB) empírica (piperacilina-tazobactam) e o doente foi reintervencionado cirurgicamente no quinto dia pós-operatório, para correção de deiscência da anastomose colorretal e construção de ileostomia. Realizada reavaliação imagiológica por TC (após 1 semana de AB e 4 dias após a última cirurgia), continuando-se a identificar deiscência da anastomose colorretal. Discutiu-se caso clínico com Gastreenterologia, e assumimos que poderia existir benefício na terapêutica endoscópica de vácuo. Realizou-se retosigmoidoscopia flexível (15 dias após a última cirurgia) identificando-se anastomose colorretal e, adjacente à mesma, solução de continuidade com loca peri-anastomótica, com conteúdo purulento no seu interior. Após lavagem da loca, procedeu-se à colocação do sistema de vácuo Endo- SPONGE®. Foi realizada substituição do sistema de vácuo, com apoio endoscópico, a cada 2-3 dias, tendo-se verificado redução progressiva do diâmetro da loca. Na 5ª e última sessão, a loca apresentava um diâmetro máximo inferior a 1cm, motivo pelo qual não colocou sistema de vácuo. O doente manteve vigilância clínico- laboratorial, endoscópica (a cada 2-3 dias) e imagiológica tendo-se verificado melhoria significativa. Na última reavaliação endoscópica, verificou-se loca com diâmetro máximo inferior a 5 mm e, na última TC realizada, documentou-se redução das dimensões da coleção previamente descrita (38mmx25mm). Após 40 dias de internamento, teve alta. No período de *follow-up* (4 meses), manteve-se apirético, a tolerar dieta (com aumento peso) e com ileostomia funcionante e, analiticamente, com parâmetros inflamatórios negativos. Encontrando-se a aguardar cirurgia de encerramento de ileostomia.

Relevância: O caso descrito ilustra a interação essencial entre a Gastreenterologia e a Cirurgia Geral na abordagem ao pólipo colorretal maligno. Adicionalmente, salienta-se ainda o papel que a terapia endoscópica de vácuo pode ter na abordagem às complicações cirúrgicas, designadamente, deiscência de anastomose colorretal pós RAR.

XXXII

CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

23 E 24 DE NOVEMBRO
EUROSTARS OASIS PLAZA
FIGUEIRA DA FOZ

Palavras-chave : pólipos malignos ; deiscência pós-ressessão anterior do reto ; terapêutica endoscópica de vácuo