

# Deiscência de anastomose colorretal - uma solução com qualidade de vida – Relato de Caso

Fabiola Amado <sup>1,§,\*</sup>, André Valente <sup>1,§</sup>, Alexandra Ferreira <sup>1,§</sup>, Marta Lamas <sup>1,§</sup>, Luís Cortez <sup>1,§</sup>

<sup>1</sup> General Surgery Department, Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal.

<sup>§</sup> These authors contributed equally to this work.

\* Correspondência: [fabiolafamado@gmail.com](mailto:fabiolafamado@gmail.com).

**Resumo:** O câncer retal é a quinta neoplasia mais frequente em ambos os sexos em Portugal. A ressecção retal anterior tornou-se o padrão ouro no tratamento dessa condição, e o tratamento cirúrgico é a única cura. A taxa de fístula anastomótica retal baixa (AL) é de aproximadamente 10% de todas as ALs na cirurgia colorretal. O manejo da AL é variável e pode ser desafiador. A EndoSPONGE® (um tipo de terapia endoscópica a vácuo (EVT)) tem sido aplicada no manejo das ALs após a cirurgia colorretal. Na literatura, a EVT tem demonstrado acelerar a cicatrização da ferida, aumentando o fluxo sanguíneo local, reduzindo a carga bacteriana e estimulando o crescimento do tecido de granulação; possui as vantagens de ser menos invasiva do que a cirurgia, reduzir o tempo de internação hospitalar e diminuir o risco de complicações; entretanto, pode apresentar alguns riscos, como sangramento, infecção, perfuração intestinal e obstrução intestinal. Neste artigo, descrevemos a EVT como um método para tratar a AL após a ressecção retal, que parece ser uma modalidade de tratamento minimamente invasiva, segura e eficaz para pacientes com uma fístula colorretal significativa sem peritonite generalizada, com altas taxas de sucesso clínico e técnico. No entanto, devido ao atraso no início da terapia, a anastomose tornou-se complicada com estenose após um ano, e o tratamento cirúrgico resultou em bons resultados fisiológicos e oncológicos.

**Palavras-chave:** Fístula anastomótica; Terapia endoluminal a vácuo; Cirurgia colorretal.

**Citação:** Amado D, Valente A, Ferreira A, Lamas M, Cortez L. Deiscência de anastomose colorretal - uma solução com qualidade de vida – Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2025 Jan-Dec;05(1):bjcr17.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr17>

Recebido: 13 Julho 2024

Aceito: 4 Agosto 2024

Publicado: 15 Agosto 2024



**Copyright:** This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

## 1. Introdução

O câncer retal é a quinta neoplasia mais frequente em ambos os sexos em Portugal. Com a evolução dos exames de imagem pré-operatórios, da técnica cirúrgica e da terapia neoadjuvante, a ressecção retal anterior (ARR) tornou-se o padrão ouro no tratamento dessa condição. As complicações anastomóticas intestinais estão associadas a um aumento na mortalidade e morbidade dos pacientes. Após a cirurgia colorretal, a fístula anastomótica (AL) tem uma incidência de 2% a 7%, podendo chegar a 10% a 20% na anastomose coloanal [1].

O manejo da AL não é padronizado. A condição clínica do paciente é o principal fator determinante para o manejo. Uma vez reconhecida a AL, os pacientes devem receber reposição intravenosa de fluidos e antibióticos de amplo espectro. Se a estabilidade do paciente permitir, deve-se realizar uma investigação radiológica para localizar a fístula e determinar sua gravidade. As estratégias de manejo incluem observação, repouso intestinal, drenagem percutânea, colocação de stent colônico, revisão cirúrgica, desvio ou drenagem [2]. Pacientes estáveis podem ser considerados para terapia endoscópica [3]. Diversos tratamentos endoscópicos têm evoluído para o manejo da AL na cirurgia colorretal, incluindo stents metálicos autoexpansíveis endoscópicos, cliques endoscópicos e dispositivos de

fechamento assistido por vácuo endoscópico. Fístulas menores geralmente são tratadas com stents ou cliques, enquanto a terapia endoscópica a vácuo (EVT) é preferida para fístulas maiores (> 2 cm) ou para fístulas com abscesso associado [2, 4].

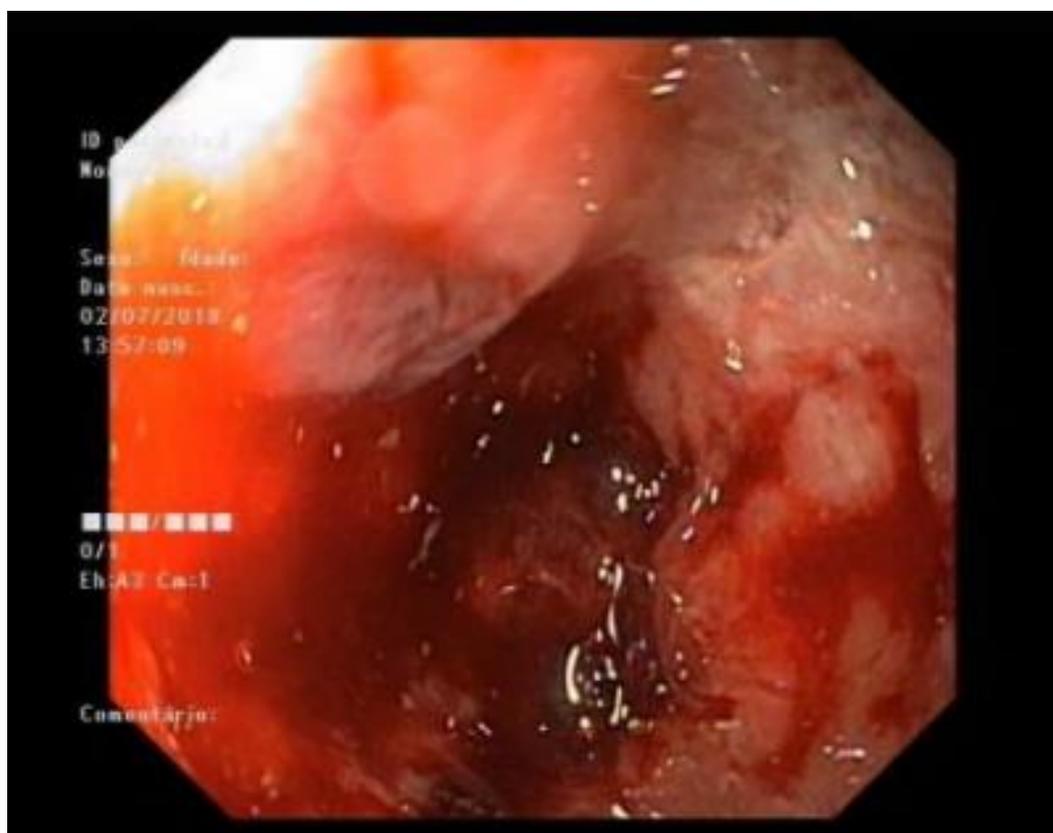
O uso de um sistema de vácuo endoluminal como opção de tratamento para ALs retais tem sido sugerido como um método minimamente invasivo de tratamento com maior taxa de sucesso. Descrito pela primeira vez em uma série de casos por Weidenhagen e colegas em 2008, envolve uma esponja de poliuretano de poros abertos colocada na cavidade do abscesso conectada a um dispositivo de sucção de baixo vácuo [4]. O sucesso clínico foi definido como o fechamento da AL, confirmado por endoscopia ou tomografia computadorizada com contraste [5]. Os benefícios da EVT são: menos invasiva do que a cirurgia, pode reduzir o tempo de internação hospitalar e pode reduzir o risco de complicações; os riscos da endo-esponja são: sangramento, infecção, perfuração intestinal e obstrução intestinal. Apresentamos um caso de um paciente com fístula anastomótica colorretal em que o tratamento inicial não cirúrgico com colocação de endo-esponja foi possível. Após um ano, devido à estenose da anastomose, ele foi submetido a uma reparação anastomótica transanal, permitindo a preservação da anastomose.

Apresentamos o seguinte caso de acordo com o checklist CARE (Relatos de Casos).

## 2. Relato de Caso

Masculino, 68 anos, com Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, acompanhado em consulta de cirurgia geral devido a adenocarcinoma retal com estadiamento pré-operatório T1/2N0Mx. Submetido a ressecção anterior do reto por videolaparoscopia (VL) sem complicações intraoperatórias. No 6º dia pós-operatório, foi observada deiscência parcial da anastomose colorretal (Figura 1) sem abscesso (Figura 2).

**Figura 1.** Local peri-anastomótico no início do tratamento.

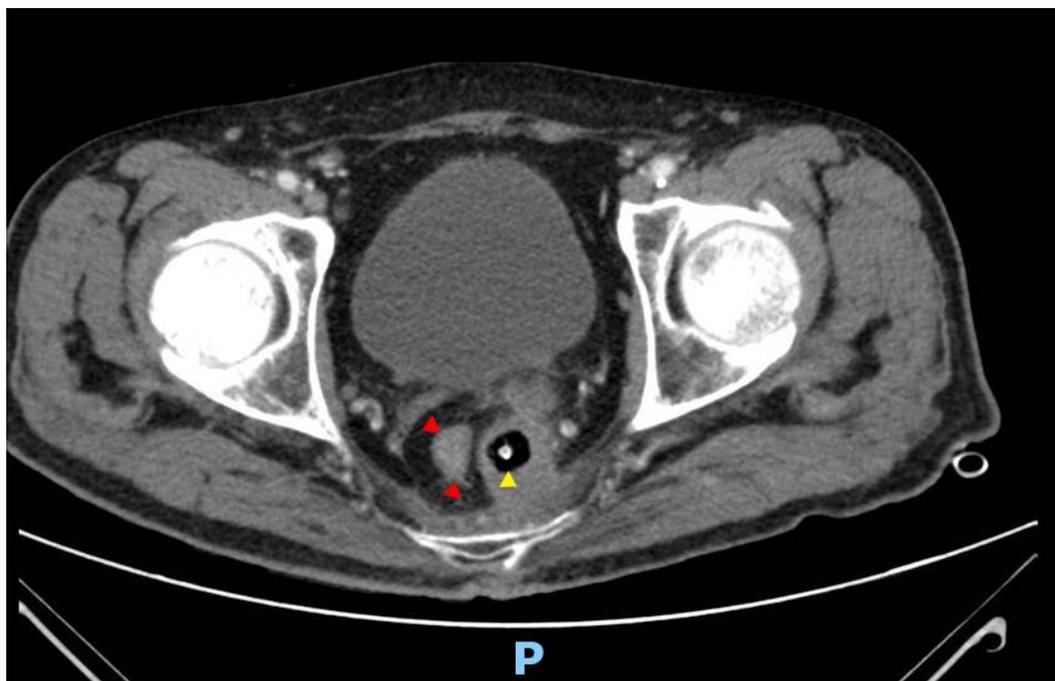


**Figura 2.** Tomografia computadorizada da pelve mostrando uma coleção peri-anastomótica, com componentes présacral e pararectal esquerdo, medindo 81 x 52 x 28 mm, com leve densificação da gordura perirretal. Setas vermelhas apontam para os contornos do reto; setas amarelas mostram a coleção peri-anastomótica, onde uma bolha de gás também é visível.

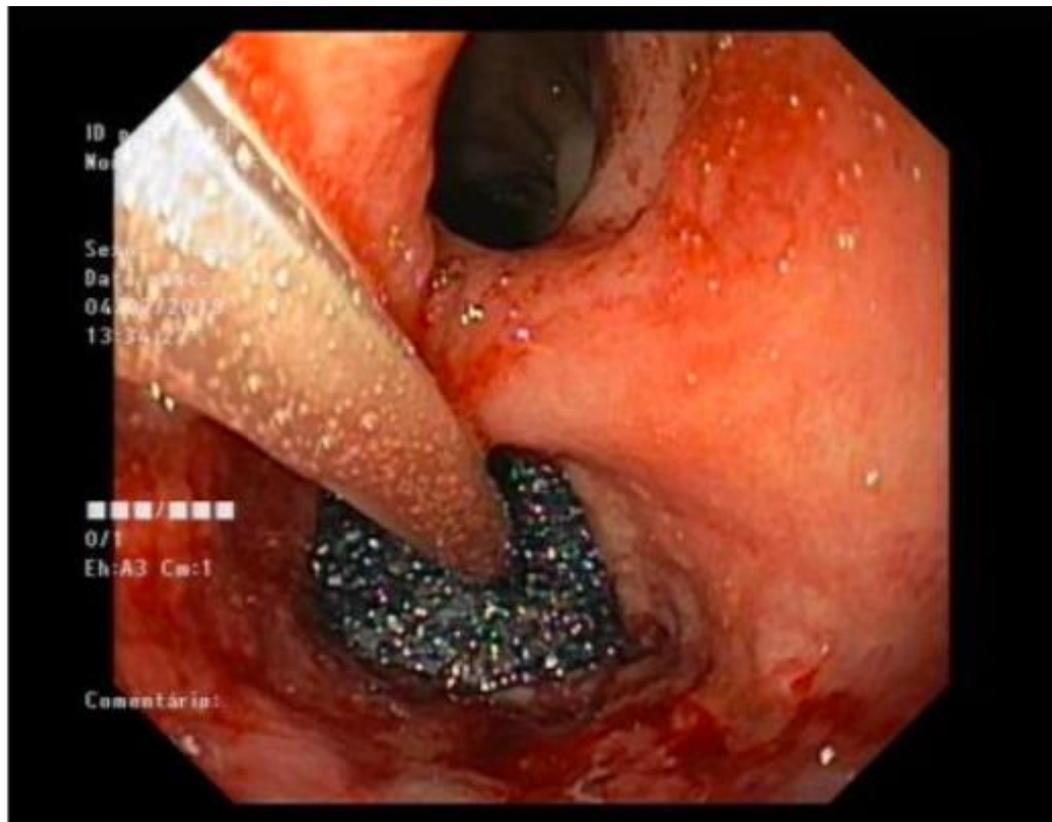


Considerando a estabilidade clínica do paciente, foi decidido iniciar a terapia anti-biótica e, subsequentemente, o tratamento com terapia endoscópica a vácuo minimamente invasiva (EVT). Devido a complicações burocráticas, a colocação da EVT foi atrasada, iniciando o tratamento 1 mês após a deiscência (Figuras 3 e 4).

**Figura 3.** Tomografia computadorizada da pelve mostrando a endo-Sponge® colocada na cavidade. Setas vermelhas apontam para os contornos do reto; a seta amarela mostra a EVT.

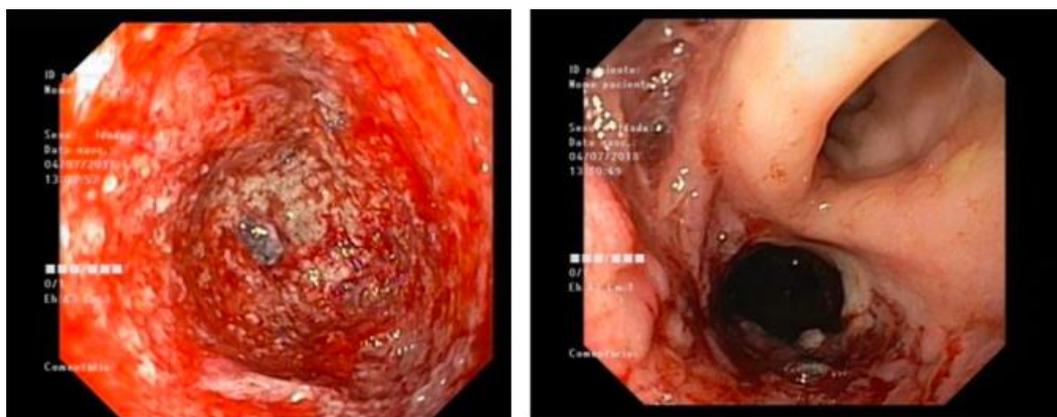


**Figura 4.** Colocação da EVT no defeito da anastomose.

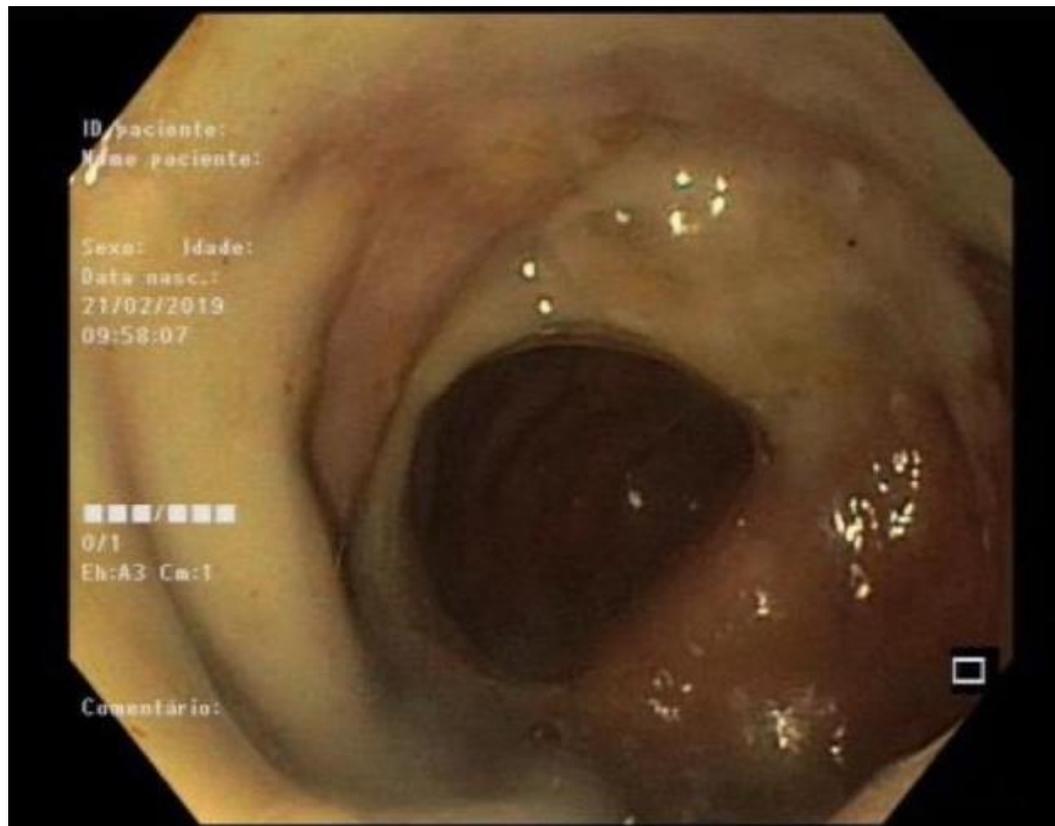


A primeira fibroscopia revelou uma deiscência medindo aproximadamente 4 cm de comprimento. À medida que o tratamento progrediu, a área diminuiu de tamanho com a formação de tecido de granulação, fechando com cicatrização completa da anastomose ao final de 2 meses de tratamento (Figura 5).

**Figura 5.** A cavidade após o primeiro tratamento (2 dias).



A duração total do tratamento com endo-Sponge® foi de 2 meses, com reavaliação fibroscópica a cada 3 dias. A ileostomia protetora foi fechada após a cicatrização da ferida, três meses após o início do tratamento com endo-Sponge. No entanto, a anastomose tornou-se complicada com estenose após 1 ano. O tratamento cirúrgico transanal resultou em um bom resultado fisiológico. O acompanhamento é mantido após 6 anos com bons resultados oncológicos, anastomose colorretal funcional e sem complicações associadas (Figura 6).

**Figura 6.** Lúmen do cólon após fechamento da deiscência.

### 3. Discussão

apesar de todos os esforços na última década, a incidência de fístula anastomótica colorretal (AL) ainda varia entre 12% e 20%, sendo, portanto, altamente relevante para o desfecho pós-operatório dos pacientes. A AL representa uma grande complicação em pacientes submetidos à cirurgia colorretal e está correlacionada com o aumento dos custos de saúde [7]. O manejo da AL é heterogêneo, pois depende da condição clínica do paciente e das características da fístula. A terapia de fechamento assistido por vácuo tem sido aplicada na cirurgia por vários anos para feridas complicadas (por exemplo: feridas complexas em pés diabéticos, feridas traumáticas e feridas pós-operatórias infectadas) com bons resultados. Seu efeito benéfico na cicatrização de feridas está relacionado ao aumento do fluxo sanguíneo, estimulação da formação de tecido de granulação e diminuição da contaminação bacteriana. Recentemente, o Endo-SPONGE® foi introduzido como um método para o tratamento de AL após a cirurgia colorretal, permitindo drenagem contínua, desbridamento e limpeza rápida da cavidade da ferida. Foi demonstrado ser uma alternativa eficaz no tratamento de AL colorretal com infecção local na pelve menor [8, 9].

No nosso paciente, o número de dias necessários até a resolução da cavidade pode ser explicado pelo início tardio da terapia a vácuo (número de dias decorridos entre o início da terapia e a cirurgia colorretal). O sucesso geral da EVT é maior quando utilizada como uma intervenção precoce e apresentou uma taxa de sucesso clínico maior quando comparada à terapia endoluminal tardia realizada após 15 dias. Os maus resultados observados com a intervenção tardia foram amplamente atribuídos ao desenvolvimento de fibrose do neorreto, o que prejudica a cicatrização e o fechamento.

Apesar do tempo necessário para fechar a cavidade, o paciente manteve a anastomose colorretal com o subsequente fechamento da ileostomia. Assumimos que a estenose anastomótica foi devida ao atraso no início do tratamento a vácuo, no entanto, a resolução da condição permitiu uma abordagem transanal, evitando uma cirurgia de grande porte

e estoma definitivo, que teria sido necessário para resolver a deiscência sem esse tratamento [7].

O acompanhamento é mantido após 6 anos, com bons resultados oncológicos, anastomose colorretal funcional e sem complicações associadas. A principal limitação deste trabalho é o fato de ser apenas um caso clínico, não permitindo a formulação de conclusões generalizadas. O atraso na introdução do tratamento também é um viés, pois não avalia seu efeito se tivesse sido aplicado conforme recomendado, assim que a fístula anastomótica é identificada.

#### 4. Conclusões

Os resultados funcionais a longo prazo de pacientes submetidos ao manejo conservador da AL podem ser melhorados com a terapia endoluminal a vácuo. O tratamento tardio pode estar associado a complicações da anastomose, como a estenose; no entanto, seu tratamento é possível através de uma abordagem cirúrgica menor. Este caso demonstra o sucesso desse tratamento com uma melhoria na qualidade de vida do paciente e bons resultados oncológicos, evitando colostomia definitiva.

**Financiamento:** Nenhum.

**Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa:** Declaramos que o paciente aprovou, assinando um termo de consentimento informado, o uso de suas informações para o presente estudo.

**Agradecimentos:** Nenhum.

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

#### Referência

1. Glimelius B, Pählman L, Cervantes A. Rectal cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2010 May 1;21(Suppl 5).
2. Abdalla S, Cotte E, Epin A, Karoui M, Lefevre JH, Berger A, Marchal F, Denost Q, Penna C, Benoist S, Brouquet A. Short-term and long-term outcome of endoluminal vacuum therapy for colorectal or coloanal anastomotic leakage: results of a nationwide multicenter cohort study from the French GRECCAR group. *Dis Colon Rectum*. 2020 Mar 1;63(3):1-10.
3. Kühn F, Hasenhütl S, Hofmann FO, Wirth U, Drefs M, Werner J, Schiergens TS. Endoscopic vacuum therapy for left-sided colorectal anastomotic leak without fecal diversion. *Dis Colon Rectum*. 2021 Oct 8;64(10):1-8.
4. Veloso N, Silva JD, Carvalho M, Rosa I, Medeiros I, Gonçalves L, Godinho R, Viveiros C. Endo-SPONGE® treatment for anastomotic leakage after colorectal surgery. *GE Port J Gastroenterol*. 2013 Jan 5;20(3):123-8.
5. Mahendran B, Rossi B, Coleman M, Smolarek S. The use of Endo-SPONGE® in rectal anastomotic leaks: a systematic review. *Tech Coloproctol*. 2020;24(7):685-694. doi:10.1007/s10151-020-02200-1.
6. Dhindsa BS, Naga Y, Saghir SM, Daid SGS, Chandan S, Mashiana HS, Dhaliwal A, Sidhu A, Sayles H, Ramai D, Bhat I, Singh S, McDonough S, Adler DG. Endo-sponge in management of anastomotic colorectal leaks: a systematic review and meta-analysis. *Endosc Int Open*. 2021 Aug 16;9(9):1-10.
7. Rickert A, Willeke F, Kienle P, Post S. Management and outcome of anastomotic leakage after colonic surgery. *Colorectal Dis*. 2010;12(10):1-8. doi:10.1111/j.1463-1318.2009.02152.x.
8. Morykwas MJ, Argenta LC, Shelton-Brown EI, McGuirt W. Vacuum-assisted closure: a new method for wound control and treatment: animal studies and basic foundation. *Ann Plast Surg*. 1997;38(6):553-562. doi:10.1097/0000637-199706000-00001.
9. Nesbakken A, Nygaard K, Lunde OC. Outcome and late functional results after anastomotic leakage following mesorectal excision for rectal cancer. *Br J Surg*. 2002;88(3):400-404. doi:10.1046/j.1365-2168.2001.01719.x.