

## UMA CAUSA RARA DE PERFURAÇÃO CÓLICA

### A RARE CAUSE OF COLONIC PERFORATION

ANA RITA MARTINS<sup>1</sup>, JOANA FRAZÃO<sup>2</sup>, BRUNO PINTO<sup>3</sup>, ANTÓNIO GODINHO<sup>4</sup>, VITOR NUNES<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral, Hospital São Francisco Xavier do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

<sup>2</sup> Internato Complementar de Cirurgia Geral, Hospital Fernando Fonseca

<sup>3</sup> Assistente Hospital em Cirurgia Geral, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

<sup>4</sup> Assistente Hospital Graduado em Cirurgia Geral, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

<sup>5</sup> Assistente Hospital Graduado Sênior em Cirurgia Geral, Diretor de Serviço, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

#### RESUMO

O uso de próteses biliares tem-se tornado cada vez mais frequente na prática clínica. A perfuração do cólon sigmóide por migração de prótese biliar é uma complicação rara. É fundamental um elevado índice de suspeita para efetuar um diagnóstico adequado e atempado, tendo a cirurgia um papel essencial. Apresenta-se um caso de coledocolitíase tratado por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com colocação de prótese biliar plástica. Posteriormente recorreu ao Serviço de Urgência por perfuração do cólon sigmóide por prótese biliar. A doente foi proposta para laparotomia emergente, tendo sido submetida a Operação de Hartmann.

**Palavras-Chave:** *Prótese biliar, cólon sigmóide, perfuração de cólon, Operação de Hartmann.*

#### ABSTRACT

The use of biliary stent has become increasingly common in clinical practice. Sigmoid colon perforation from a migrated biliary stent is a rare complication. A high level of suspicion is essential for an adequate diagnosis, in which surgery have an essential role. We present a case of choledocholithiasis treated by endoscopic retrograde cholangiopancreatography with a biliary plastic stent placement. Subsequently, presents to the Emergency Department with sigmoid colon perforation from migrated biliary stent. The patient was proposed to emergent laparotomy and Hartmann's operation was performed.

**Keywords:** *Biliary prosthesis, sigmoid colon, colon perforation, Hartmann operation.*

#### INTRODUÇÃO

A perfuração do cólon sigmóide é uma causa comum em cirurgia abdominal de emergência, habitualmente por doença diverticular complicada, neoplasia, volvo ou traumatismo.

As causas traumáticas podem ter origem iatrogénica, frequentemente no contexto pós-operatório

ou após a realização de colonoscopia. No entanto, existem outras etiologias mais raras tais como a migração de uma prótese biliar.

Estima-se que a migração de uma prótese biliar ocorra entre 5 a 10% dos casos.<sup>2,4,5</sup> No entanto, a ocorrência de uma perfuração cólica por uma prótese biliar é extremamente rara<sup>7,11</sup> com uma incidência de menos de 1%.<sup>5,6</sup>



## OBJETIVO

Apresentação de um caso clínico e sua relevância na prática clínica, realçando uma complicação rara.

## CASO CLÍNICO

Apresenta-se um caso de uma mulher de 61 anos, medicada com esomeprazol e enalapril, com antecedentes de coledocolitíase complicada de colangite tratada por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (C.P.R.E.) com extração de cálculos e colocação de prótese biliar plástica. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor na fossa ilíaca direita com 4 dias de evolução associada a febre. Ao exame objetivo há a destacar dor à palpação profunda na fossa ilíaca direita, com defesa localizada. Analiticamente revelou elevação dos parâmetros inflamatórios (leucocitose  $11.300/x10^9L$  e PCR 22 mg/dL).

Realizou tomografia computadorizada abdominopélvica que evidenciou alterações compatíveis com perfuração do cólon sigmóide por prótese biliar colocada 3 meses antes e um quadro de choque

séptico (hipotensão, taquicardia). Foi iniciada antibioterapia empírica e foi proposta para cirúrgica emergente. No intra-operatório constatou-se uma peritonite fecal condicionada por uma perfuração do cólon sigmóide por uma prótese biliar (7 Fr), assim como a existência de múltiplos divertículos no cólon sigmóide. A doente foi submetida a uma Operação de Hartmann. No pós-operatório imediato houve necessidade de unidade de cuidados intermédios, para monitorização e vigilância. Posteriormente a evolução clínica decorreu sem intercorrências.

Após 4 meses, a doente foi internada eletivamente para restabelecimento da continuidade intestinal e colecistectomia.

## DISCUSSÃO

O uso de próteses biliares durante a realização de uma colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (C.P.R.E.) tem-se tornado cada vez mais frequente na abordagem da patologia benigna e maligna das vias biliares e pancreas.<sup>3,5,8,10,12</sup>

Na minoria dos casos em que a prótese migra espontaneamente ao longo do tubo digestivo,

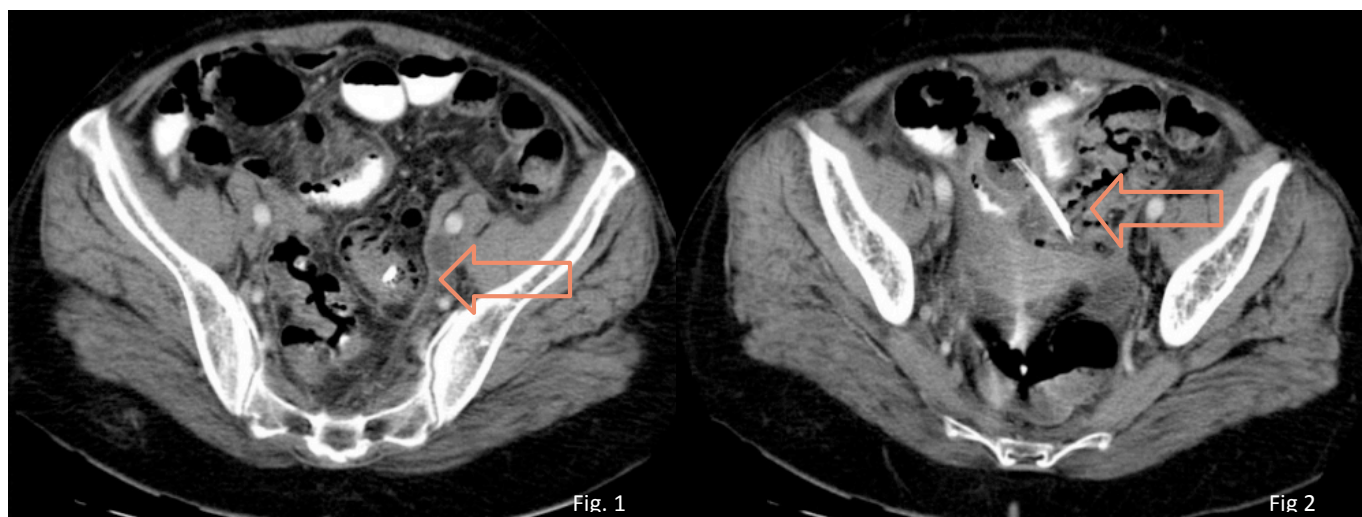


FIG. 1 e 2 – Imagens da tomografia computadorizada.



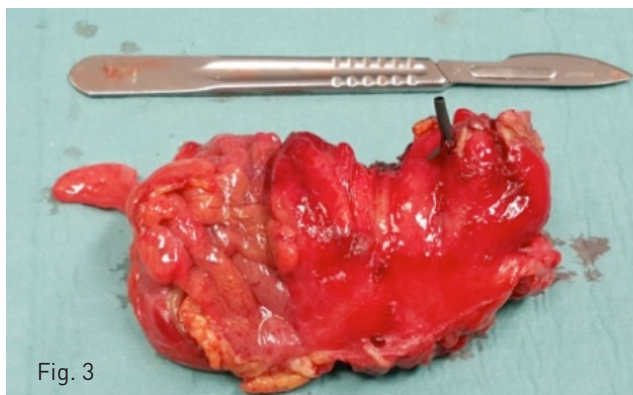


Fig. 3

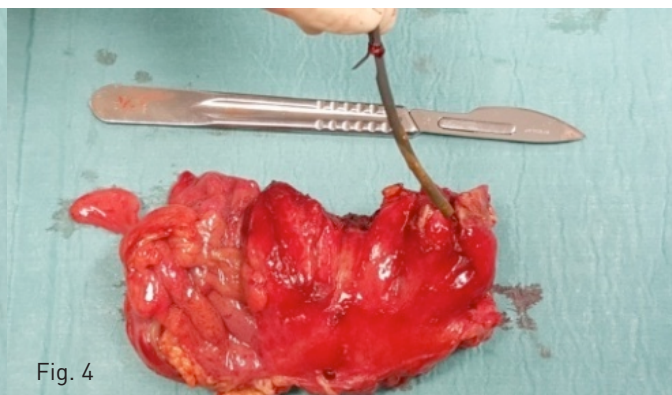


Fig. 4

FIG. 3 e 4 – Imagens da peça cirúrgica.

geralmente não ocorrem complicações.<sup>3,4,8</sup> O duodeno é o mais frequentemente afetado, designando-se como uma migração proximal.<sup>2,4,8,10,12</sup> No entanto, apesar de extremamente raro, também pode ocorrer uma migração distal da prótese para o cólon, sendo o cólon sigmóide o segmento mais envolvido.<sup>7,12</sup>

O tempo de migração de uma prótese pode ir de 2 semanas até aos 6 meses, considerando-se uma prática prudente a remoção precoce das mesmas, de modo a prevenir complicações.<sup>3,4,5</sup> A remoção de uma prótese não deve exceder os 3-4 meses.<sup>8,9</sup>

Existem vários fatores de riscos associados a esta complicação, relacionados com as características do doente e da prótese. Nas características do doente engloba-se a existência de doença diverticular do cólon, cirurgias prévias com aderências e bridas<sup>3,4,5,7,9</sup>, hérnia umbilical<sup>5</sup> e hérnia inguinal.<sup>12</sup> Relativamente às características inerentes à própria prótese biliar, existe um maior risco de perfuração com o uso de uma única prótese, comprida e de plástico.<sup>2,6,8,9</sup> De facto, o risco de perfuração associado ao uso de prótese de metal é de 1% comparado com 10% nas próteses de plástico.<sup>3</sup> Coloca-se ainda a hipótese de ser mais provável a migração da prótese quando colocada por doença benigna da árvore biliar, quando comparada com o seu uso na doença maligna.<sup>5,8,10</sup>

Clinicamente pode manifestar-se num amplo espectro de apresentações clínicas, desde assintomáticos até à evolução em choque séptico.<sup>10</sup>

Após a migração de uma prótese biliar, a maioria dos autores recomenda a remoção precoce da mesma pelo risco de perfuração.<sup>5,6,10</sup> Uma minoria menciona a possibilidade de uma atitude expectante com avaliação clínica e imagiológica seriada com realização de Rx de forma regular.<sup>12</sup>

Não existe uma estratégia terapêutica *standardizada*. O estado clínico do doente é o fator determinante na escolha da melhor abordagem.<sup>12</sup>

A remoção da prótese migrada pode ser realizada por duas abordagens: remoção endoscópica ou abordagem cirúrgica. A remoção endoscópica da prótese está preconizada apenas nos casos de migração não complicada e quando acessível por endoscopia.<sup>4,5</sup> Esta abordagem é utilizada geralmente na migração proximal da prótese para o duodeno.<sup>3,6</sup>

Nos doentes com complicações associadas a cirurgia é a opção indicada, mandatória na presença de peritonite ou fistulização.<sup>10</sup> Dos casos descritos na literatura de migração distal da prótese com perfuração do cólon, a maioria é tratada cirurgicamente.<sup>4,6,8,12</sup> Na abordagem cirúrgica procede-se à ressecção cólica do segmento afetado, com colostomia e encerramento distal ou anastomose primária, mediante as condições locais.<sup>5,11</sup> Contudo, existem alguns casos descritos na literatura de perfuração do cólon tratados por via endoscópica, com encerramento da perfuração com clips<sup>1,4,5,6,7</sup> dependendo principalmente do nível de



experiência do hospital, condições locais do cólon e ausência de peritonite.<sup>12</sup>

## CONCLUSÃO

A perfuração do cólon sigmóide por migração de prótese biliar é uma complicação rara, mas que deve ser incluída no diagnóstico diferencial em doentes selecionados. Conjetura-se que a incidência desta complicação poderá aumentar, paralelamente à ampla utilização de próteses biliares na abordagem de patologias benignas e malignas das vias biliares e pâncreas.

É fundamental um elevado índice de suspeita para efectuar um diagnóstico adequado e atempado, tendo a cirurgia um papel essencial. A presença de doença diverticular do cólon está comprovada como fator de risco, enquadrada no presente caso clínico.

Como eventuais estratégias associadas à redução desta complicação, identificam-se a utilização de duas próteses em vez de uma única prótese, a remoção precoce de todas as próteses que migram e a colocação de indicação cirúrgica em fases iniciais para doentes com sintomas ligeiros. Mais estudos devem ser realizados para identificar outros potenciais fatores de risco e sistematizar a sua abordagem.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alcaide N, Lorenzo-Pelayo S, Herraz-Bachiller MT. Sigmoid perforation caused by a migrated biliary stent and closed with clips. *Endoscopy* 2012; 44: 274; DOI: : 10.1055/s-0032-1309719
2. Arhan M, Odemir B, Parlak E. Migration of biliary plastic stents: experience of a tertiary center. *Surg Endosc* 2009; 23: 769-775; DOI: 10.1007/s00464-008-0067-x
3. Bagul A, Pollard C, Dennison A. A review of problems following insertion of biliary stents illustrated by an unusual complication. *Ann R Coll Surg England* 2010; 92; doi.org/10.1308/147870810X12659688852239
4. Chittleborough TJ, Mgaith S, Kirkby B, Zakon J. Remove the migrated stent: sigmoid colon perforation from migrated biliary stent. *ANZJSurg* 2014; doi.org/10.1111/ans.12796
5. Hogendorf P, Skulimowski A, Durczynski A. Migrated plastic biliary stent causing colon perforation: analysis of emergency admission and literature review. *Post N Med* 2018; XXXI: 42-46; doi.org/10.25121/PNM.2018.31.2A.42
6. Jafferbhoy SF, Scriven P, Bannister J, Shiwani MH, Hurlston P. Endoscopic management of migrated biliary stent causing sigmoid perforation. *BJM Case Reports* 2011; DOI: 10.1136/bcr.04.2011.4078
7. Marcos, P, Capelao G, Martins C et al. Sigmoid perforation by migrated plastic biliary stent. *Portuguese Journal of Gastroenterology*. 2020; 27: 215-218; DOI: 10.1159/000503076
8. Namdar T, Raffel AM, Topp SA, Namdar L, Alldinger I, Schmitt M et al. Complications and treatment of migrated biliary endoprotheses: a review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007; 13 (40): 5397-5399; DOI: 10.3748/wjg.v13.i40.5397
9. Riccardi M, Deters K, Jabbar F. Sigmoid Diverticulitis and Perforation Secondary to Biliary Stent Migration. *Case Reports in Surgery* 2019; doi.org/10.1155/2019/2549170
10. Siaperas P, Ioannidis A, Skarpas A, Angelopoulos A, Drikos I, Karanikas I. A rare cause for Hartmann´s procedure due to biliary stent migration: a case report. *International Journal of Surgery Case Reports* 2017; 31: 83-85; doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.01.016
11. Tao Y, Long J. Sigmoid colon perforation caused by migrated plastic biliary stents: a case report. *International Journal of Colorectal Disease*. 2020; DOI: 10.1007/s00384-020-03728-2
12. Virgilio E, Pascarella G, Scandavini CM, Frezza B et al. Colonic perforations caused by migrated plastic biliary stents. *Korean J Radiol* 2015; 16: 444-445; DOI: 10.3348/kjr.2015.16.2.444

### Correspondência:

ANA RITA MARTINS

e-mail: anaritam\_ig@hotmail.com

### Data de recepção do artigo:

02/04/2021

### Data de aceitação do artigo:

04/11/2022

