

Introdução

Estenoses cólicas benignas não são tão raras em nossa prática clínica. A maioria dos casos é devido a anastomose colorretal, mas também pode ser secundária a doença de Crohn, doença diverticular, ou mesmo após ressecções endoscópicas extensas.

Etiologia

Anastomose colorretal: principal causa de estenose benigna, podendo ocorrer em 3,6% a 22% dos casos¹. Os fatores de risco mais comuns são obesidade, anastomoses baixas, diverticulite, infecção pélvica, radioterapia pós-operatória, anastomose mecânica, inadequada mobilização da flexura esplênica e fístulas locais.^{2; 3; 4.}

Doença de Crohn: estenoses sintomáticas ocorrem em cerca de um terço dos paciente após 10 anos de doença ativa⁵, sendo que nos pacientes pós-operatórios o local mais comum é na anastomose íleo-cólica⁶. Apesar de a cirurgia ter sido o tratamento padrão, a dilatação balonada pode evitar o tratamento cirúrgico em 1, 3 e 5 anos em cerca de 80%, 57% e 52% dos pacientes respectivamente⁷.

Doença Diverticular: secundária a repetidos episódios de inflamação, sendo o local mais comum o colon sigmoide. Importante lembrar que a presença de estenose não transponível ao colonoscópio, por si só, não é uma indicação cirúrgica absoluta.⁸

Ressecção endoscópica extensa: evidências demonstram que disseções endoscópicas submucosas (ESD) acometendo mais de 90% da circunferência do reto são um importante fator de risco de estenose local. Essa complicação pode ocorrer em 11,1% nas ressecções >90% e <100%, e em 50% das totalmente circunferenciais⁹.

Endometriose: apesar da prevalência cada vez maior dessa doença, a obstrução é uma complicação muito rara (1,7% dos casos cirúrgicos) sendo que o tratamento cirúrgico deve ser a escolha^{10; 11}.

Radioterapia: as estenoses são mais comuns na junção anorretal e o tratamento cirúrgico deve ser evitado, tendo em vista a dificuldade técnica e alta incidência de complicações^{12; 13}.

Isquemia: os pacientes oligo ou assintomáticos devem ser apenas observados, pois a maioria apresentará melhora em 12 a 24 meses. Nos casos sintomáticos a dilatação balonada deve ser considerada e nos refratários a terapia cirúrgica¹⁴.

Preparo de cólon

Como a maioria desses paciente são assintomáticos o preparo tradicional pode ser realizado sem intercorrências. Entretanto, no caso de pacientes sintomáticos, com história de vômitos ou distensão abdominal, o preparo anterógrado não deverá ser realizado, sendo que, dois enemas devem ser

suficientes¹⁵. Nos pacientes oligossintomáticos o preparo fracionado pode ser considerado.

Tratamento endoscópico

Dilatação digital ou instrumental: apesar dos bons resultados nos casos distais e simples¹⁶, a dilatação endoscópica deve ser a escolha nas estenoses acima de 4 cm da borda anal.

Dilatação Balonada: principal técnica de tratamento endoscópico com resultados satisfatórios em cerca de três quartos dos casos^{17; 18}. Deve-se sempre transpor a estenose com um fio-guia para o correto posicionamento do balão e no caso de estenoses longas e tortuosas a fluoroscopia poderá ser necessária¹⁹. Idealmente, o objetivo é alcançar um diâmetro de 18 a 20 mm, preferencialmente através de sessões semanais com aumento gradual.

Dilatação balonada e injeção local de corticoide: apesar da evidência bem documentada do uso local de triancinolona nos casos de estenose de esôfago, os resultados em colon são conflitantes²⁰. Porém, apesar do baixo nível de evidência, esta técnica pode ser considerada antes de uma abordagem cirúrgica agressiva.

Incisão endoscópica: incluída nessa técnica estão a estenotomia, que consiste em incisões radiais (preferencialmente seguido da dilatação balonada), e a estenectomia, que configura a ressecção em arco ou mesmo anelar da área de fibrose (sem a necessidade de dilatação). Apesar dos bons resultados dessa técnica, com taxas de sucesso de até 98,4%²³, ela deve ser limitada a estenoses curtas (<1 cm)^{24; 25; 26}.

Prótese metálica: apesar de ainda não ser possível a indicação rotineira desse tratamento, tendo em vista taxas de migração de até 70%²⁷, nos casos de estenose refratária e especialmente associado a fístula, sem áreas de inflamação ou trajeto complexo, esta pode ser uma opção. A literatura ainda mostra relatos como ponte cirúrgica na diverticulite com estenose^{28; 29; 30} e uso de stents de aposição luminal para estenoses severas, baixas (distais) e refratárias^{31; 32}. Deve-se sempre manter uma margem distal de 2 cm acima do canal anal para evitar sintomas como tenesmo, dor anal e incontinência¹⁵.

Conclusão

A dilatação endoscópica balonada continua sendo uma modalidade segura e eficaz para o tratamento de estenoses benignas do cólon em pacientes selecionados. Para uma estenose fibrostenótica intestinal isolada com comprimento igual ou inferior a 5 cm, sem fistulização ou perfuração adjacente, a dilatação balonada deve ser considerada como terapia de primeira linha.

Em casos selecionados, outras terapias, como injeção intramural de corticóide, incisão endoscópica e colocação de próteses podem ser realizadas antes de se optar pela abordagem cirúrgica.

Referências

1. PENNA, M. et al. Incidence and Risk Factors for Anastomotic Failure in 1594 Patients Treated by Transanal Total Mesorectal Excision: Results From the International TaTME Registry. **Ann Surg**, v. 269, n. 4, p. 700-711, Apr 2019. ISSN 1528-1140. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29315090> >.
2. LUCHTEFELD, M. A. et al. Colorectal anastomotic stenosis. Results of a survey of the ASCRS membership. **Dis Colon Rectum**, v. 32, n. 9, p. 733-6, Sep 1989. ISSN 0012-3706. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2667922> >.
3. TUSON, J. R.; EVERETT, W. G. A retrospective study of colostomies, leaks and strictures after colorectal anastomosis. **Int J Colorectal Dis**, v. 5, n. 1, p. 44-8, Feb 1990. ISSN 0179-1958. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2313156> >.
4. HIRANYAKAS, A. et al. Colorectal anastomotic stricture: is it associated with inadequate colonic mobilization? **Tech Coloproctol**, v. 17, n. 4, p. 371-5, Aug 2013. ISSN 1128-045X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23229558> >.
5. BESSISSOW, T. et al. Endoscopic management of Crohn's strictures. **World J Gastroenterol**, v. 24, n. 17, p. 1859-1867, May 2018. ISSN 2219-2840. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29740201> >.
6. COSNES, J. et al. Long-term evolution of disease behavior of Crohn's disease. **Inflamm Bowel Dis**, v. 8, n. 4, p. 244-50, Jul 2002. ISSN 1078-0998. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12131607> >.
7. GUSTAVSSON, A. et al. Endoscopic dilation is an efficacious and safe treatment of intestinal strictures in Crohn's disease. **Aliment Pharmacol Ther**, v. 36, n. 2, p. 151-8, Jul 2012. ISSN 1365-2036. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22612326> >.
8. WEDEL, T. et al. Morphologic Basis for Developing Diverticular Disease, Diverticulitis, and Diverticular Bleeding. **Viszeralmedizin**, v. 31, n. 2, p. 76-82, Apr 2015. ISSN 1662-6664. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26989376> >.
9. HAYASHI, T. et al. Management and risk factor of stenosis after endoscopic submucosal dissection for colorectal neoplasms. **Gastrointest Endosc**, v. 86, n. 2, p. 358-369, Aug 2017. ISSN 1097-6779. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27940103> >.
10. RUFFO, G. et al. Management of rectosigmoid obstruction due to severe bowel endometriosis. **Updates Surg**, v. 66, n. 1, p. 59-64, Mar 2014. ISSN 2038-131X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24288011> >.
11. DONG, C.; NGU, W. S.; WAKEFIELD, S. E. Endometriosis masquerading as Crohn's disease in a patient with acute small bowel obstruction. **BMJ Case Rep**, v. 2015, Apr 2015. ISSN 1757-790X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25903200> >.
12. KOUNTOURAS, J.; ZAVOS, C. Recent advances in the management of radiation colitis. **World J Gastroenterol**, v. 14, n. 48, p. 7289-301, Dec 2008. ISSN 1007-9327. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19109862> >.
13. QADEER, M. A.; VARGO, J. J. Approaches to the prevention and management of radiation colitis. **Curr Gastroenterol Rep**, v. 10, n. 5, p. 507-13, Oct 2008. ISSN 1534-312X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18799128> >.

14. FEUERSTADT, P.; BRANDT, L. J. Colon ischemia: recent insights and advances. **Curr Gastroenterol Rep**, v. 12, n. 5, p. 383-90, Oct 2010. ISSN 1534-312X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20690005> >.
15. BARON, T. H. Colonic stenting: technique, technology, and outcomes for malignant and benign disease. **Gastrointest Endosc Clin N Am**, v. 15, n. 4, p. 757-71, Oct 2005. ISSN 1052-5157. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16278137> >.
16. KRAENZLER, A. et al. Anastomotic stenosis after coloanal, colorectal and ileoanal anastomosis: what is the best management? **Colorectal Dis**, v. 19, n. 2, p. O90-O96, Feb 2017. ISSN 1463-1318. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27996184> >.
17. RAGG, J. et al. Balloon dilatation of benign rectal anastomotic strictures -- a review. **Dig Surg**, v. 29, n. 4, p. 287-91, 2012. ISSN 1421-9883. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22922944> >.
18. NAVANEETHAN, U. et al. Endoscopic balloon dilation in the management of strictures in Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis of non-randomized trials. **Surg Endosc**, v. 30, n. 12, p. 5434-5443, 12 2016. ISSN 1432-2218. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27126619> >.
19. ADLER, D. G. Colonic strictures: dilation and stents. **Gastrointest Endosc Clin N Am**, v. 25, n. 2, p. 359-71, Apr 2015. ISSN 1558-1950. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25839690> >.
20. CARROLL, L. A. et al. Triamcinolone stimulates bFGF production and inhibits TGF-beta1 production by human dermal fibroblasts. **Dermatol Surg**, v. 28, n. 8, p. 704-9, Aug 2002. ISSN 1076-0512. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12174062> >.
21. DI NARDO, G. et al. Intralesional steroid injection after endoscopic balloon dilation in pediatric Crohn's disease with stricture: a prospective, randomized, double-blind, controlled trial. **Gastrointest Endosc**, v. 72, n. 6, p. 1201-8, Dec 2010. ISSN 1097-6779. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20951986> >.
22. BEVAN, R. et al. Review of the use of intralesional steroid injections in the management of ileocolonic Crohn's strictures. **Frontline Gastroenterol**, v. 4, n. 4, p. 238-243, Oct 2013. ISSN 2041-4137. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28839732> >.
23. JAIN, D.; SANDHU, N.; SINGHAL, S. Endoscopic electrocautery incision therapy for benign lower gastrointestinal tract anastomotic strictures. **Ann Gastroenterol**, v. 30, n. 5, p. 473-485, 2017. ISSN 1108-7471. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28845102> >.
24. TRUONG, S.; WILLIS, S.; SCHUMPELICK, V. Endoscopic therapy of benign anastomotic strictures of the colorectum by electroincision and balloon dilatation. **Endoscopy**, v. 29, n. 9, p. 845-9, Nov 1997. ISSN 0013-726X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9476768> >.
25. KAWAGUTI, F. S. et al. Endoscopic radial incision and cutting procedure for a colorectal anastomotic stricture. **Gastrointest Endosc**, v. 82, n. 2, p. 408-9, Aug 2015. ISSN 1097-6779. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25957477> >.
26. OSERA, S. et al. Efficacy and safety of endoscopic radial incision and cutting for benign severe anastomotic stricture after surgery for lower rectal cancer (with video). **Gastrointest Endosc**, v. 81, n. 3, p. 770-3, Mar 2015. ISSN 1097-6779. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25708767> >.
27. ATTAR, A. et al. Safety and efficacy of extractible self-expandable metal stents in the treatment of Crohn's disease intestinal strictures: a prospective pilot study. **Inflamm Bowel Dis**, v. 18, n. 10, p. 1849-54, Oct 2012. ISSN 1536-4844. Disponível em: <

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22161935> >.
28. BARON, T. H. et al. Expandable metal stents for the treatment of colonic obstruction: techniques and outcomes. **Gastrointest Endosc**, v. 47, n. 3, p. 277-86, Mar 1998. ISSN 0016-5107. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9540883> >.
29. LAASCH, H. U. et al. Treatment of colovaginal fistula with coaxial placement of covered and uncovered stents. **Endoscopy**, v. 35, n. 12, p. 1081, Dec 2003. ISSN 0013-726X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14648427> >.
30. MEISNER, S. et al. Self-expanding metal stents for colonic obstruction: experiences from 104 procedures in a single center. **Dis Colon Rectum**, v. 47, n. 4, p. 444-50, Apr 2004. ISSN 0012-3706. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14994110> >.
31. MARTÍNEZ ALCALÁ, F. et al. Treatment of a benign, anastomotic refractory rectal stricture with an AXIOS stent. **Endoscopy**, v. 47 Suppl 1 UCTN, p. E413-4, 2015. ISSN 1438-8812. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26397845> >.
32. AXELRAD, J. E.; LICHTIGER, S.; SETHI, A. Treatment of Crohn's Disease Anastomotic Stricture With a Lumen-apposing Metal Stent. **Clin Gastroenterol Hepatol**, v. 16, n. 3, p. A25-A26, 03 2018. ISSN 1542-7714. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28529163> >.

