

TRAUMA, CIRURGIA E MEDICINA INTENSIVA

EDIÇÃO IX

Capítulo 1

URGÊNCIA E COMPLEXIDADE NO ABDOME OBSTRUTIVO: REVISÃO CLÍNICA E TERAPÊUTICA

BRENDA BEZERRA VALVERDE¹
JÚLIA MORBECK ANDRADE MORAIS¹
JERIEL SILVA SANTOS JUNIOR¹
TAILLA DE MORAIS SOUSA¹
LEONARDO OLIVEIRA DE SOUZA¹
ANA JÚLIA LIMA DE SOUZA¹
KARINE SANTOS QUEIROZ¹

PEDRO HENRIQUE FERNANDES PÓLVORA
SANTOS¹
CAMILLY POUBEL MOREIRA¹
JOSÉ CHARLES BALDUINO CARDOSO
FILHO²
PEDRO COSTA CAMPOS FILHO³

¹Discente – Medicina da Afya Faculdade de Ciência Médicas de Itabuna.

²Docente – Curso de Medicina Medicina da Afya Faculdade de Ciência Médicas de Itabuna.

³Docente – Curso de Medicina Medicina da Afya Faculdade de Ciência Médicas de Itabuna e Professor Assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

Palavras-chave: Abdome Agudo; Cirurgia Geral; Medicina Baseada em Evidências

DOI

10.59290/2260002110

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

O abdome agudo corresponde a um conjunto de condições caracterizadas por dor abdominal de início súbito, frequentemente associada a alterações sistêmicas relevantes e que, na maioria das vezes, exige intervenção médica imediata (TOWNSEND *et al.*, 2019). Entre essas condições, destaca-se o abdome agudo obstrutivo, resultante da interrupção do trânsito intestinal por mecanismos estruturais ou funcionais (FELDMAN *et al.*, 2014).

As causas variam conforme o segmento envolvido: no intestino delgado, predominam as aderências, seguidas por doença de Crohn, neoplasias e hérnias. Já no cólon, cerca de 90% dos casos estão relacionados ao adenocarcinoma colorretal, seguidos por volvo e estenose decorrente de diverticulite. Outras etiologias incluem intussuscepção, coleções intra-abdominais, cálculos biliares e corpos estranhos (FELDMAN *et al.*, 2014). Clinicamente, o quadro envolve dor abdominal inicialmente vaga e intermitente, que pode tornar-se localizada e intensa, além de náuseas, vômitos, distensão e interrupção da eliminação de fezes e flatos (CARDOSO *et al.*, 2022; JACKSON & CRUZ, 2018).

O diagnóstico baseia-se na história clínica e no exame físico, que podem revelar distensão, cicatrizes cirúrgicas, ruídos hidroaéreos metálicos, timpanismo ou massas palpáveis, sendo complementado por exames laboratoriais e de imagem (TOWNSEND *et al.*, 2019). O tratamento é predominantemente cirúrgico, mas em casos selecionados pode-se optar por conduta conservadora. Em qualquer cenário, a reposição hídrica e a correção de distúrbios hidroeletrólitos são fundamentais (ZATERKA & EISIG, 2016; SABISTON, 2019; BROWN, 2018).

A obstrução intestinal permanece como uma das principais causas de internação em emergências cirúrgicas, configurando desafio di-

agnóstico e terapêutico, especialmente em idosos, nos quais o risco de complicações é maior (LEITE *et al.*, 2022). Dada sua relevância clínica e impacto na saúde pública, este capítulo tem como objetivo revisar os principais aspectos do abdome agudo obstrutivo, incluindo definição, epidemiologia, etiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento, com base em literatura atualizada nacional e internacional.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada de forma não sistemática, contemplando livros-texto de referência na área de cirurgia geral e gastroenterologia, além de artigos científicos obtidos em bases de dados como PubMed, SciELO e *Google Scholar*, bem como em periódicos especializados de acesso aberto. Foram incluídas publicações em português e inglês, sem restrição temporal, desde que apresentassem relevância e atualidade para o tema.

A seleção das fontes considerou a pertinência ao escopo do capítulo, priorizando trabalhos que abordassem, de forma detalhada, aspectos conceituais, clínicos e cirúrgicos do abdome agudo obstrutivo, bem como evidências recentes sobre diagnóstico e tratamento.

Os dados extraídos foram organizados e apresentados de forma descritiva e temática, sem aplicação de métodos quantitativos ou avaliação formal da qualidade metodológica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Definição

O subtipo obstrutivo é uma das causas cirúrgicas de abdome agudo, caracterizado pela interrupção da progressão do trânsito intestinal devido a uma falha funcional e/ou mecânica no fluxo desse sistema, causada por uma obstrução, impossibilitando a expulsão do conteúdo

intestinal do organismo (TOWNSEND *et al.*, 2019). Essa descontinuidade de fluxo, que impede a progressão do conteúdo, pode ocorrer em qualquer parte do trato gastrointestinal e caracterizar uma obstrução completa ou parcial. Quando associada à dor abdominal, constitui um forte indicativo de abdome agudo não traumático, normalmente necessitando de uma abordagem de caráter cirúrgico (BRITO *et al.*, 2024; JACKSON & CRUZ, 2018; LEITE *et al.*, 2022; ZATERGA & EISIG, 2016).

Quanto ao segmento acometido, pode envolver tanto o intestino delgado quanto o grosso. Além disso, a obstrução pode ou não estar associada a um dano vascular. Existe ainda a possibilidade de obstrução em alça fechada, que ocorre quando uma obstrução impede o conteúdo entérico de seguir tanto em fluxo anterior quanto posterior. É relevante destacar também que são as características da obstrução, como duração e presença de isquemia, que definem o prejuízo tanto local quanto sistêmico ao portador da condição (LEITE *et al.*, 2022; ZATERKA & EISIG, 2016; FELDMAN *et al.*, 2014).

Epidemiologia

A obstrução é responsável por cerca de 20% dos casos de abdome agudo diagnosticados em departamentos de emergência, sendo mais prevalente entre os idosos (TOWNSEND *et al.*, 2019; BRITO *et al.*, 2024). As principais causas de obstrução incluem aderências, hérnias inguinais complicadas e neoplasias intestinais. Em relação às bridas, possuem ampla associação com cirurgias abdominais anteriores, sendo a principal causa de obstrução do intestino delgado, correspondendo a 60% a 75% dos casos (JACKSON & CRUZ, 2018). É importante salientar também que, no que diz respeito ao intestino delgado, cerca de 25% dos pacientes

com obstrução enfrentam complicações associadas ao comprometimento do fluxo sanguíneo (BRITO *et al.*, 2024).

Etiologia

As obstruções intestinais podem ocorrer devido a obstruções funcionais ou mecânicas (LEITE *et al.*, 2022). Nesse sentido, as obstruções são subclassificadas de acordo com sua localização, apresentando diferentes fatores desencadeantes:

- Intraluminais: referem-se a obstruções dentro do segmento intestinal associadas a fatores como íleo biliar, enterólito, bezoar, *Ascaris lumbricoides*, íleo meconial, pólipos e corpos estranhos (LEITE *et al.*, 2022).
- Parede intestinal: causadas por fatores como traumas, neoplasias, endometriose, lesões actínicas, intus-suscepção; lesões congênitas como atresias e estenoses; e lesões inflamatórias como doença de Crohn e diverticulite (LEITE *et al.*, 2022).
- Extraintestinal: bridas/aderências, hérnias internas e externas, abscessos intra-abdominais, vólvulos e neoplasias (ZATERKA & EISIG, 2016)

O intestino apresenta diferentes epidemiologias entre o segmento delgado e o cólon. No intestino delgado, as causas principais são as aderências, seguidas da doença de Crohn (7%), neoplasias intra-abdominais (5%) e hérnias da parede abdominal (2%). Já no cólon, cerca de 90% dos episódios de obstrução intestinal ocorrem devido ao adenocarcinoma do cólon e do reto, seguido de vólvulo e estenose benigna da diverticulite (FELDMAN *et al.*, 2014). Outras causas são atribuídas a fatores como doença inflamatória intestinal, intussuscepção intestinal, vólvulo, coleção intra-abdominal, cálculos biliares e corpos estranhos (JACKSON & CRUZ, 2018).

Diante disso, cabe ressaltar as etiologias que se destacam no contexto de abdome agudo obstrutivo na prática clínica.

Bridas

As bridas abdominais, também chamadas aderências, são constituídas de tecido fibroso e se associa a dois ou mais órgãos da cavidade, podendo envolver também a parede abdominal. Podem ocorrer de forma congênita ou adquirida, sendo a segunda mais comum (VIANA *et al.*, 2024).

As aderências causadas por procedimentos cirúrgicos abdominais prévios constituem a principal causa de abdome agudo obstrutivo no adulto, alcançando 60% a 75% dos casos. Cabe ressaltar, que dentre os procedimentos associados aos quadros de obstrução, aqueles realizados no andar superior do abdome são mais fortemente associados a essa intercorrência (JACKSON & CRUZ, 2018; ZATERKA & EISIG, 2016).

Neoplasias

As neoplasias colorretais possuem uma íntima relação com quadros de obstrução intestinal, de forma que cerca de 20 dos 30% se apresentam como uma das primeiras manifestações clínicas mais frequentes de carcinoma avançado, constituindo também apresentação mais frequente no pronto-socorro entre pacientes com diagnóstico prévio (70 a 80%) (PAVLIDIS *et al.*, 2024).

As neoplasias intestinais são mais comuns na porção esquerda do intestino, mas também podem ocorrer no cólon direito em casos de oclusão da luz do lúmen ou quando resultam em intussuscepção, sendo sempre obrigatória a descompressão de emergência, normalmente por ressecção cirúrgica (FELDMAN *et al.*, 2014).

O adenocarcinoma de cólon é a terceira causa de morte por câncer em homens e mulheres,

com maior risco à medida que a idade avança, embora 90% dos diagnósticos ocorram após os 50 anos. Já no intestino delgado, tais achados são raros e requerem alta suspeição clínica para investigação, e posterior diagnóstico precoce (LEITE *et al.*, 2022).

Com o envelhecimento populacional, ocorreu o aumento das neoplasias, muito associadas a obstruções intestinais, principalmente em idosos, destacando-se as de origem intestinal e ginecológica. Entretanto, de forma geral, as neoplasias são apontadas como um causador mais raro de obstrução intestinal, sendo mais frequentemente associadas ao intestino grosso (LEITE *et al.*, 2022; JACKSON & CRUZ, 2018).

Fecaloma

Fecaloma é um acúmulo de fezes secas e endurecidas que se formam devido à retenção prolongada de fezes, evoluindo para uma massa sólida intraluminal, geralmente localizada no cólon sigmóide e no reto. Prevalece especialmente em crianças e idosos, sendo raro em pacientes jovens, tendo sua ocorrência precipitada por fatores como fragilidade, imobilidade e histórico de constipação crônica. Quando não tratado, pode evoluir para obstrução e até mesmo perfuração do segmento intestinal (HOODA *et al.*, 2024).

Quadros de fecaloma com evolução para obstrução intestinal são considerados eventos raros, representando uma das causas menos frequentes de tais ocorrências (3,33%) (HOODA *et al.*, 2024).

Fatores de Risco

Os principais fatores de risco para abdome agudo obstrutivo incluem cirurgias anteriores, abdominais ou pélvicas, hérnias inguinais ou abdominais, maior predisposição para neoplasias, radioterapia prévia e história de ingestão de

corpo estranho (ZATERKA & EISIG, 2016). Recentemente, o aumento de quadros de fecaloma em jovens apontam a constipação como fator de risco para o estabelecimento desse evento, porém sua evolução para quadros de obstrução predomina em pacientes pediátricos e geriátricos (HOODA *et al.*, 2024).

Fisiopatologia

As obstruções intestinais são categorizadas conforme o grau de envolvimento em: completa, quando a obstrução é total; parcial ou suboclusão, quando parte das secreções e dos gases intestinais conseguem passar; e alça fechada, quando a lesão bloqueia o mesmo segmento de alça em dois pontos (BRITO *et al.*, 2024).

É salutar apontar que os danos causados pela obstrução intestinal, podem ser apontados como distúrbios eletrolíticos e repercussões mecânicas. Nesse sentido, na obstrução já instalada, as proximidades do local sofrem dilatação e acumulam ar, que podem aumentar devido à fermentação bacteriana e secreções, pois o fluido é absorvido para dentro do lúmen da alça, aumentando a pressão contra as paredes intestinais, especialmente em casos de obstrução total (JACKSON & CRUZ, 2018; LEITE *et al.*, 2022).

Outro efeito a ser destacado é o agravamento do edema e a congestão intestinal que ocorrem quando a pressão intraluminal suplanta a pressão venosa, causando compressão de ductos linfáticos, vênulas e afetando a perfusão da parede intestinal. Tal exacerbação pode comprometer o fluxo arterial, resultando em isquemia e até mesmo necrose do segmento, podendo evoluir para descontinuidade da parede intestinal (JACKSON & CRUZ, 2018; LEITE *et al.*, 2022).

Um conceito importante a ser apontado é o circuito em alça fechada, que consiste na obstrução da extremidade proximal e distal de uma

mesma alça. Tal evento possui maior probabilidade de evoluir rapidamente para necrose, sendo sua identificação, considerada uma emergência cirúrgica. Nesse sentido, destacam-se etiologias como volvo intestinal, cuja torção causa bloqueio do influxo arterial e da drenagem venosa, assim como hérnias internas, bandas congênitas e má rotação intestinal, que também resultam em obstruções de circuito fechado (JACKSON & CRUZ, 2018). Cabe salientar que, entre 4 a 6 horas iniciais, ocorrem lesões intestinais simples, sendo as necroses epiteliais focais observadas predominantemente no período entre 8 a 12 horas após o início do quadro (FELDMAN *et al.*, 2014).

Outra repercussão decorrente da obstrução é a desidratação, que ocorre devido à perda de líquido por êmese, acúmulo de líquidos na parede intestinal causando edema, ou ainda pela absorção ineficiente. Como consequência de quadros de desidratação prolongada, o paciente pode evoluir com oligúria, azotemia, hemoconcentração e até choque hipovolêmico. Além disso, outras consequências podem advir de quadros de desidratação, como a alcalose metabólica, devido ao acúmulo de bicarbonato nos túbulos proximais renais e perda de cloreto. Tem-se ainda que o bloqueio intestinal causa crescimento excessivo da flora intestinal, podendo causar infecção da parede e fecalização (formação de fezes no intestino delgado) (JACKSON & CRUZ, 2018; ZATERKA & EISIG, 2016).

Vale ressaltar ainda o dano à peristalse, que inicialmente, com a distensão das alças, favorece a peristalse reflexa nos pontos seguintes à oclusão. Contudo, com o aumento do edema, os movimentos intestinais ficam debilitados, e o quadro se agrava com a progressão do evento, até alcançar a total imobilidade (LEITE *et al.*, 2022).

No que se refere às especificidades da obstrução ocorrida no cólon, é essencial destacar as repercussões em pacientes que possuem uma válvula ileocecal competente. Nesses casos, ela impedirá a dissipação das pressões, através da passagem de líquido e gases, do intestino grosso para o delgado, podendo uma obstrução de alça fechada converter-se em casos mais graves, como isquemia do cólon e até mesmo perfuração. Cabe destacar que, diante de tal cenário, o segmento mais provável de sofrer isquemia é o ceco, por possuir um diâmetro maior que os demais segmentos adjacentes, sofrendo maior tensão em suas paredes com o aumento da pressão intraluminal e distensão do cólon, podendo alcançar a isquemia quando a pressão contra a parede ultrapassa a perfusão capilar. Nesse sentido, a identificação de dilatações agudas do ceco superiores a 10 cm indica isquemia, e, semelhantemente, dilatações acima de 13 cm sugerem perfuração iminente (FELDMAN *et al.*, 2014).

Diagnóstico Clínico

O diagnóstico clínico é formulado a partir da história do paciente, bem como através de um exame físico bem realizado. Dessa forma, no abdome agudo obstrutivo deve-se investigar a característica da dor abdominal e presença de sintomas associados, como náuseas, vômitos, distensão abdominal e a cessação de flatos e evacuações. É importante salientar que os sinais e sintomas apresentados dependem da etiologia e da localização da obstrução intestinal (CARDOSO *et al.*, 2022; JACKSON & CRUZ, 2018).

A característica da dor abdominal compreende o tempo de início do sintoma, duração, localização, sintomas associados, fatores de melhora e piora. Vale ressaltar que geralmente a dor inicia-se de forma intermitente e vaga (dor visceral), e posteriormente evolui para forma a-

guda com localização mais discreta (dor parietal) (CARDOSO *et al.*, 2022).

Com relação ao vômito, sua característica depende da região em que ocorreu a obstrução, podendo apresentar aspecto de conteúdo gástrico quando ocorre no abdômen superior ou até mesmo fecaloide quando localizada no abdômen inferior. Ademais, a tabela abaixo (**Tabela 1.1**) elucida as características de outros sinais e sintomas clínicos conforme o nível de obstrução (CARDOSO *et al.*, 2022; FELDMAN *et al.*, 2014; JACKSON & CRUZ, 2018).

Tabela 1.1 Características clínicas dos níveis de obstrução intestinal

	Obstrução alta	Obstrução baixa
Dor	Precoce, região periumbilical	Tardia, região infraumbilical
Vômitos	Precoces, biliosos	Tardios, fecalóides
Distensão abdominal	Leve	Acentuada
Parada da eliminação de flatos e fezes	Tardia	Precoce
Parada da eliminação de flatos e fezes	Tardia	Precoce

Fonte: Adaptado de CARDOSO *et al.*, 2022; JACKSON & CRUZ, 2018

Durante a anamnese é importante questionar o paciente a respeito de cirurgias abdominais ou pélvicas prévias, neoplasias intra-abdominais, hérnia e doença inflamatória intestinal (JACKSON & CRUZ, 2018).

Com relação ao exame físico, deve-se atentar aos sinais gerais, como desidratação, sudorese, hipotensão e pele fria, que podem inferir quadro de desidratação grave. Ademais, o exame físico do abdome deve ser realizado com o objetivo de analisar possíveis alterações, como as listadas abaixo (TOWNSEND *et al.*, 2019):

- Inspeção: objetiva identificar distensão abdominal e presença de cicatrizes abdominais, sugerindo uma obstrução por aderências.
- Ausculta: pode evidenciar um ruído metálico em casos de obstrução mecânica. Com a evolução do curso da doença os ruídos ficam abafados ou até mesmo ausentes, principalmente nos casos mais avançados em que normalmente apresentam isquemia e necrose.
- Percussão: em decorrência da distensão abdominal, pode-se encontrar um timpanismo difuso à percussão. Nos casos em que ocorre complicação, como a perfuração intestinal, encontra-se o sinal de Jobert, ou seja, timpanismo à percussão da loja hepática.
- Palpação: durante essa etapa do exame abdominal, pode-se identificar a presença de hérnias ou massas palpáveis, bem como a presença de sensibilidade dolorosa à palpação ou à descompressão brusca.
- Toque retal: pode-se identificar fecaloma, corpo estranho ou tumorações.

Diagnóstico Complementar

O diagnóstico complementar engloba os estudos radiológicos e laboratoriais (TOWNSEND *et al.*, 2019).

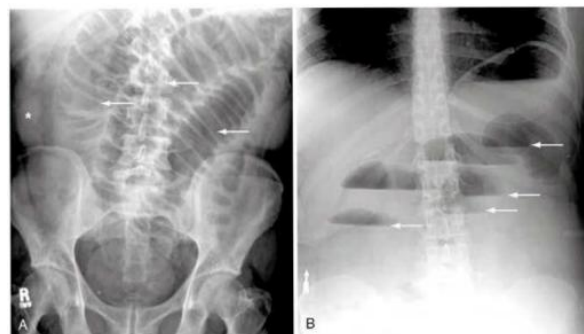
Rotina Radiológica de Abdome Agudo

Após a coleta da história clínica e do exame físico a radiografia simples do abdome é a primeira escolha para avaliação do paciente com suspeita clínica de abdome agudo obstrutivo, sendo de baixo custo e fácil acesso (TOWNSEND *et al.*, 2019; FELDMAN *et al.*, 2014). Nesse sentido, avalia-se tal suspeição por meio de três incidências, sendo elas radiografia de tórax póstero-anterior (PA) em ortostase, radiografia de abdome em ortostase e em decúbito dorsal. Essas séries radiográficas fazem parte

do protocolo de abdome agudo, que visa a obtenção de achados sugestivos de tal patologia (CARVALHO *et al.*, 2022).

Na obstrução alta, a posição supina evidencia alças dilatadas no intestino delgado, sendo possível visualizar as pregas coniventes, conhecidas como “empilhamento de moedas”, enquanto na posição ortostática visualiza-se níveis hidroaéreos (**Figura 1.1**) (CARVALHO *et al.*, 2022). Ademais, além de confirmar o diagnóstico de obstrução intestinal tal exame pode localizar, classificar o grau (parcial ou completo) e identificar o objeto que ocasionou o processo obstrutivo (FELDMAN *et al.*, 2014)

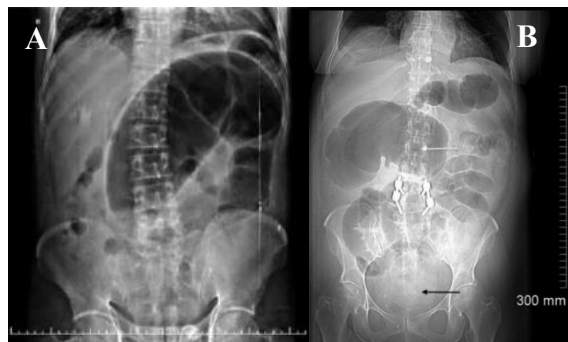
Figura 1.1 Obstrução intestinal alta



Fonte: FELDMAN *et al.*, 2014. **Legenda:** Radiografia simples do abdome em decúbito dorsal (A) e em ortostase (B) em pacientes com obstrução por aderência do intestino delgado. Fonte: FELDMAN *et al.*, 2014.

Na obstrução baixa (OB), a identificação da distensão do cólon, é melhor visualizada na região central do abdome, onde observa-se as háustações colônicas, bem como ausência de ar na ampola retal. O volvo de sigmoide apresenta característica radiológica padrão de uma distensão da alça com uma aparência de tubo dobrado, conhecido como “grão de café”, enquanto o segmento cecal revela um ceco maciçamente dilatado, com “forma de feijão”, como demonstrado na figura abaixo (**Figura 1.2**) (FELDMAN *et al.*, 2014).

Figura 1.2 Obstrução intestinal baixa por volvo



Fonte: FOUREAUX *et al.*, 2012 **Legenda:** Radiografia simples do abdome PA em decúbito dorsal apresentando Volvo de sigmoide – “grão de café” (A). Volvo cecal – “grão de feijão” (B).

Além disso, a radiografia pode evidenciar sinais de complicações, como o pneumoperitônio, que sugere perfuração intestinal. Tal achado pode ser visualizado através do Sinal de Rigler, que é a presença de ar fora da alça intestinal (FELDMAN *et al.*, 2014).

Tomografia Computadorizada

Nos casos em que o diagnóstico não é elucidado com a radiografia, a tomografia computadorizada (TC) pode ser necessária. É um exame altamente sensível e específico para identificar a etiologia do abdome agudo obstrutivo. Pode demonstrar distensão de alças, níveis hidroaéreos e massa intraluminal, sendo tais achados sugestivos de obstrução intestinal (TOWNSEND *et al.*, 2019). Além disso, a TC pode identificar sinais de isquemia intestinal, como o realce da parede do intestino diminuído, com sensibilidade relativamente baixa, bem como pneumatose intestinal, presença de gás venoso portal ou mesentérico, e pneumoperitônio, que se apresentam de forma mais tardia (FELDMAN *et al.*, 2014).

Estudos Baritados

Os estudos baritados são úteis para auxiliar o diagnóstico dos pacientes com quadro clínico atípico, ou quando o diagnóstico com radiografia de abdome não é realizado. A enteróclise faz parte dos estudos baritados e é realizada através

da infusão contínua de 500 a 1.000 ml de sulfato de bário por meio de um tubo duodenal. Tal infusão é visualizada através de radiografias-padrão em intervalos frequentes, o que demonstra com precisão o nível de obstrução. No entanto, esse exame não é realizado de forma rotineira, pois possui algumas desvantagens, como necessidade de sonda nasointestinal para administração do bário, bem como maior experiência do radiologista para realização desse procedimento (TOWNSEND *et al.*, 2019).

No enema baritado, pode-se encontrar um sinal clássico de neoplasia colorretal que é o sinal da “maçã mordida” (FELDMAN *et al.*, 2014).

Ultrassonografia

A decorrência da presença de distensão gástrica. No entanto, gestantes ou pacientes graves podem se beneficiar, já que pode ser realizado à beira leito e não utiliza radiação (TOWNSEND *et al.*, 2019).

Exames Laboratoriais

Os exames laboratoriais são úteis no diagnóstico diferencial, apresentando alterações principalmente em situações de abdome obstrutivo funcional, onde podemos identificar distúrbios hidroeletrólíticos e infecções sistêmicas como causadoras do quadro. Dessa forma, realiza-se a dosagem sérica de sódio, potássio, cloreto, bicarbonato e creatinina de forma rotineira.

Além disso, pode ocorrer uma diminuição do hematócrito devido a hemoconcentração ocasionada pela desidratação (TOWNSEND *et al.*, 2019).

Ademais, a leucocitose pode estar presente caso as bactérias intestinais sejam translocadas para a corrente sanguínea ou em casos de perfuração intestinal (JACKSON & CRUZ, 2018).

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial do abdome agudo obstrutivo engloba causas não obstrutivas, íleo

paralítico, isquemia, trauma, pancreatite, distúrbio hidroeletrólítico e pseudo-obstrução (ZANIN *et al.*, 2016).

Além disso, vale destacar que as várias causas de obstrução intestinal aguda podem se configurar como diagnóstico diferencial de tal patologia, dentre elas, encontra-se as aderências pós-operatórias, tumores, hérnias, volvo intestinal e doença inflamatória intestinal (SIQUEIRA *et al.*, 2024).

Conduta Terapêutica: Intestino Delgado **Reposição hidroeletrólítica**

O tratamento da obstrução intestinal é, na maior parte dos casos, cirúrgico, entretanto, em casos de continuidade da eliminação de fezes e flatos, a conduta expectante pode ser adotada (ZATERKA & EISIG, 2016). Pacientes com obstrução intestinal possuem clinicamente estado de desidratação, baixos níveis de sódio, cloreto e potássio, necessitando de restauração do volume intravascular, através da infusão de fluido isotônico, como o ringer lactato. A fim de avaliar o estado funcional do volume intravascular, a resposta à infusão de fluido, do paciente, bem como monitorar seu débito urinário, deve-se colocar um cateter de Foley (SABISTON, 2019; FELDMAN *et al.*, 2014; BROWN *et al.*, 2018; ZAMARY & SPAIN, 2020).

Após o paciente ter eliminado um volume urinário adequado, caso necessário, o cloreto de potássio deve ser acrescentado à infusão. Deve-se realizar constantemente as medidas de eletrólitos, bem como hemograma, dando destaque ao hematócrito e leucócito, e, mediante a acidose persistente, sugere-se indícios da presença de obstrução intestinal com isquemia. Aqueles pacientes que possuem sintomas por vários dias antes de procurar atendimento, podem apresentar, além da acidose metabólica, alcalose e depleção grave de volume, decorrente dos recor-

rentes vômitos (SABISTON, 2019; FELDMAN *et al.*, 2014; BROWN *et al.*, 2018). Em alguns casos especiais, principalmente em idosos, devido a necessidade da infusão de grande quantidade de líquidos, pode ser necessário a realização do acesso venoso central, podendo, em alguns casos, demandar a utilização do cateter de Swan-Ganz. O diagnóstico diferencial do abdome agudo obstrutivo engloba causas não obstrutivas, íleo paralítico, isquemia, trauma, pancreatite, distúrbio hidroeletrólítico e pseudo-obstrução (SABISTON, 2019; ZANIN *et al.*, 2016).

Além disso, vale destacar que as várias causas de obstrução intestinal aguda podem configurar-se como diagnóstico diferencial de tal patologia, dentre elas, encontra-se as aderências pós-operatórias, tumores, hérnias, volvo intestinal e doença inflamatória intestinal (SIQUEIRA *et al.*, 2024).

Antibioticoterapia

Embora não existam dados que sustentem o uso de antibióticos em pacientes não cirúrgicos, estes são utilizados por alguns profissionais quando há indícios de translocação bacteriana. Pacientes que serão submetidos à cirurgia utilizam antibióticos de forma profilática, direcionados para Gram negativos aeróbios e anaeróbios, como as cefalosporinas de segunda geração (SABISTON, 2019; FELDMAN *et al.*, 2014; ZATERKA & EISIG, 2016).

Descompressão com Sonda

A utilização da sonda nasogástrica possui o intuito de trazer maior conforto ao paciente, descomprimindo o estômago e minimizando a distensão abdominal, diminuindo assim o risco de aspiração pulmonar do conteúdo gástrico. A fim de reduzir ainda mais o risco de aspiração, a cabeceira deve ser elevada a pelo menos 30 graus (ZATERKA & EISIG, 2016; BROWN *et al.*, 2018; ZAMARY & SPAIN, 2020; PEREIRA

RA & OLIVEIRA, 2022; SABISTON, 2019; FELDMAN *et al.*, 2014).

Em até 85% dos casos em que se verifica obstrução parcial, há a resolução dos sintomas e alta hospitalar sem a necessidade de cirurgia, havendo melhora dos sintomas nas primeiras 48 horas de tratamento. Entretanto, menos da metade dos pacientes que apresentam obstrução completa do intestino delgado tem resolução dos sintomas na conduta não operatória (SABISTON, 2019; PEREIRA & OLIVEIRA, 2022; FELDMAN *et al.*, 2014). A enteróclise (lavagem intestinal) pode ajudar a determinar o grau da obstrução, direcionando a uma possível necessidade de uma intervenção cirúrgica precoce. Faz-se essencial o acompanhamento constante do paciente, pois, tanto a manutenção do tratamento não cirúrgico quanto a decisão da abordagem cirúrgica, irão se basear no julgamento clínico e evolução do paciente, sendo a não melhora ou a piora clínica indicativa de necessidade operatória (SABISTON, 2019; FELDMAN *et al.*, 2014; ZATERKA & EISIG, 2016; VIANA *et al.*, 2024).

Tratamento Cirúrgico

O paciente com obstrução completa ou suspeita de obstrução, somados ao sofrimento vascular, devem ser encaminhados para cirurgia (SABISTON, 2019; ZATERKA & EISIG, 2016; ZAMARY & SPAIN, 2020; BROWN *et al.*, 2018; PEREIRA & OLIVEIRA, 2022). É essencial considerar que a escolha de uma abordagem não operatória envolve o risco da não detecção de uma obstrução por estrangulamento, podendo resultar no aumento das chances de morbimortalidade do paciente. Estudos sugerem que o atraso da escolha pela abordagem cirúrgica entre 12 e 24 horas é seguro, entretanto, as chances de complicações e estrangulamento aumentam significativamente após esse período (SABISTON, 2019; BROWN *et al.*, 2018; PEREIRA & OLIVEIRA, 2022).

A natureza do problema indica o tratamento do paciente obstruído. Aqueles com uma obstrução secundária a aderências podem ser tratados com a lise do segmento afetado. Deve-se tomar muito cuidado no manuseio das alças intestinais, visando minimizar o trauma na serosa, evitar uma dissecação desnecessária, bem como não causar lesões da parede intestinal (SABISTON, 2019; VIANA *et al.*, 2024).

Caso a viabilidade intestinal seja questionável, o segmento intestinal deve ser avaliado minutos após a desobstrução colocando-o entre compressas mornas, umedecidas com solução salina por 15 a 20 minutos, e realizando uma nova avaliação. O retorno da coloração normal e peristaltismo bem como a pulsação mesentérica, sugerem a viabilidade do segmento intestinal. Pode-se utilizar o Doppler ou a lâmpada de Wood após injeção de fluoresceína, entretanto, há controvérsias quanto a contribuição do Doppler ao julgamento clínico do profissional. A técnica denominada *second look* (segunda laparotomia) pode ser utilizada, caso a decisão seja tomada no momento da primeira cirurgia, sendo mandatário que a segunda intervenção seja empregue 18 a 24 horas após a primeira. Na evidência da inviabilidade da alça intestinal, a abordagem mais segura é a ressecção com anastomose termino-terminal (ZATERKA & EISIG, 2016; PEREIRA & OLIVEIRA, 2022; SABISTON, 2019; FELDMAN *et al.*, 2014).

Embora o tratamento laparoscópico possua vantagens, como a resolução mais rápida do íleo pós-operatório, bem como menos complicações e menor tempo de internação, seu uso não tem sido tão implementado ao se comparar com outras etiologias que necessitem de abordagens cirúrgicas. Tal justificativa pode ser feita através do maior grau de dificuldade, exigindo maior experiência, além da acentuada distensão das alças intestinais e do maior risco de lesões das paredes. Por tais motivos, a elegibi-

lidade de pacientes para a técnica laparoscópica nos casos de obstrução intestinal, abrange: distensão abdominal leve com adequada visualização; obstrução proximal; e obstrução parcial por uma única brida. A indicação de laparotomia se dá nos pacientes que apresentam: aderências em demasia; obstruções progressivas, completas ou distais; necessidade de ressecção intestinal; não identificação do local da obstrução; distensão após a entubação; e quadro de carcinomatose. A utilização da sonda nasogástrica possui o intuito de trazer maior conforto ao paciente (SABISTON, 2019; ZATERKA & EISIG, 2016; FELDMAN *et al.*, 2014).

Tumores

As neoplasias malignas localizadas no intestino delgado são consideradas entidades raras, representando aproximadamente 2 a 3% das neoplasias gastrointestinais. No tratamento de pacientes com obstrução causada por tumores malignos, o objetivo do tratamento deve ser a melhoria da qualidade de vida, levando em consideração a limitada expectativa de vida remanescente. Em pacientes terminais, o tratamento não operatório constitui uma opção, entretanto, apenas uma pequena parcela desses pacientes são elegíveis para esse tipo de abordagem. Nos casos cirúrgicos, o objetivo é proporcionar o alívio dos sintomas, devendo considerar alguns aspectos, como o risco de nova obstrução, a possibilidade de sucesso do tratamento paliativo, chance de realizar quimioterapia no futuro, além do risco de morbimortalidade cirúrgica. Devido a alta incidência de complicações operatórias e pós-operatórias, sugere-se uma derivação intestinal da lesão obstrutiva, ao invés da ressecção intestinal, embora possam ser feitas ressecções com reanastomoses (SABISTON, 2019; FELDMAN *et al.*, 2014; BROWN *et al.*, 2018).

Conduta Terapêutica: Intestino Grosso

Embora a etiologia, condição do intestino, e estado do paciente direcionem qual tratamento será instituído, há necessidade de desobstruir imediatamente o segmento, a fim de que não ocorra comprometimento do suprimento sanguíneo, com conseqüente isquemia e necrose (SABISTON, 2019; FELDMAN *et al.*, 2014).

Inicialmente, realiza-se a reposição de fluidos e eletrólitos, bem como a descompressão por sonda. Caso exista estrangulamento ou evidência de peritonite, sugere-se laparotomia de urgência. Não havendo tais características, recomenda-se a descompressão imediata do cólon obstruído e restauração da continuidade intestinal (FELDMAN *et al.*, 2014; BROWN *et al.*, 2018; PEREIRA & OLIVEIRA, 2022; ZAMARY & SPAIN, 2020; CARDOSO *et al.*, 2022).

O adenocarcinoma constitui a principal causa de obstrução colônica, sendo que seu tratamento cirúrgico tem sido empregado de forma cada vez mais agressivo e radical, realizado em um só tempo (ZATERKA & EISIG, 2016).

É importante estabelecer o diagnóstico antes de uma operação para orientar adequadamente a terapia. Em obstruções malignas de cólon direito, na maioria das vezes, realiza-se ressecção primária e anastomose ileocólica. Já o tratamento das afecções do cólon esquerdo deve ser individualizado, considerando diversos fatores, como a localização da lesão, complexidade e cronicidade da obstrução, imunodeficiência e estado nutricional, a fim de estabelecer a melhor conduta terapêutica (SABISTON, 2019; PEREIRA & OLIVEIRA, 2022; ZATERKA & EISIG, 2016; BROWN *et al.*, 2018).

Se a causa da obstrução for um câncer do reto distal ou médio, preconiza-se o alívio da obstrução com uma colostomia sigmoide em alça, sendo realizado, posteriormente, a quimiorradiação neoadjuvante como tratamento para o câncer, com o propósito de ressecar a lesão pri-

mária após o tratamento. Caso a neoplasia esteja localizada no cólon sigmoide, opta-se pela operação de Hartmann (sigmoidectomia com colostomia descendente e fechamento do coto retal ou fístula mucosa), sigmoidectomia com anastomose colorretal primária (com ou sem limpeza colônica intraoperatória, se o cólon estiver em boas condições e o paciente estiver estável), ou colectomia abdominal com anastomose ileorretal (SABISTON, 2019).

Nas obstruções que possuem o fecaloma como etiologia, observa-se resolução, na maioria dos casos, com a utilização de enemas de repetição ou esvaziamento manual sob anestesia. Fecalomas mais altos constituem exceções, nas quais não se deve realizar esvaziamento manual. Nesses casos, pode-se injetar no reto, gota a gota, solução glicerínada com soro morno. Não obtendo sucesso com tais medidas, pode ser necessário a realização de laparotomia exploratória, podendo haver ressecção do sigmóide (e o fecaloma junto com ele), realizando ou não a anastomose primária. Caso não haja ressecção, pode-se considerar a utilização de enemas e laxantes (ZATERKA & EISIG, 2016).

CONCLUSÃO

O abdome agudo obstrutivo constitui uma condição clínica de elevada relevância na prática médica, sendo responsável por grande parte das internações em emergências cirúrgicas. Sua etiologia é multifatorial, englobando desde causas mecânicas, como aderências, neoplasias e hérnias, até fatores funcionais que comprometem a motilidade intestinal. A correta identifica-

ção do mecanismo causal é essencial para orientar a conduta terapêutica e prevenir complicações potencialmente fatais, como isquemia e necrose intestinal. O diagnóstico precoce exige atenção aos sinais clínicos característicos, bem como o uso criterioso de exames complementares, a exemplo da radiografia e da tomografia computadorizada, que permitem não apenas confirmar a obstrução, mas também identificar seu nível e possíveis complicações. A avaliação clínica minuciosa, associada a recursos diagnósticos adequados, é determinante para a escolha da abordagem mais segura e eficaz.

No que se refere ao tratamento, embora a cirurgia represente a principal estratégia em casos de obstrução completa ou complicada, condutas conservadoras podem ser adotadas em situações selecionadas, desde que acompanhadas de monitorização rigorosa. Em todos os casos, a estabilização clínica com reposição volêmica, correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e suporte adequado ao paciente constituem pilares fundamentais da terapêutica.

Assim, o abdome agudo obstrutivo deve ser entendido não apenas como uma urgência médica, mas também como uma condição que demanda conhecimento atualizado, tomada de decisão ágil e integração entre diagnóstico e tratamento. A capacitação contínua dos profissionais da saúde, aliada à utilização de protocolos baseados em evidências, é crucial para reduzir a morbimortalidade associada e otimizar os desfechos clínicos. Dessa forma, reforça-se a necessidade de estudos contínuos e do aprimoramento das práticas assistenciais, assegurando qualidade e segurança no cuidado ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRITO, C.A. *et al.* Abdômen Agudo Obstrutivo: Aspectos Clínicos e Cirúrgicos. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 6, p. 331-340, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n6p331-340.
- BROWN, C.V.R. *et al.* (Ed.). *Emergency general surgery: a practical approach*. Springer, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-96286-3>
- CARDOSO, F.V. *et al.* Manejo e Conduta do Abdome Agudo: Uma Revisão Narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 5, p. e10226, 2022. DOI: 10.25248/reas.e10226.2022.
- CARVALHO, L.C. *et al.* A Importância da Radiografia no Abdome Agudo: Uma Revisão Narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, v. 3, 2022. DOI: 10.25248/reamed.e9641.2022.
- DURÁN, M. *et al.* Pneumatose gástrica e intestinal. *Gastroenterología y Hepatología*, v. 42, n. 7, 2019. DOI: 10.1016/j.gastrohep.2019.03.004.
- FELDMAN, M. *et al.* Sleisenger & Fordtran: Tratado de Gastroenterologia – Doenças do Aparelho Digestivo e do Fígado. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
- FOUREAUX, F.S. *et al.* Caso 8. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 22, n. 4, 2012. Disponível em: <https://rmmg.org/exportar-pdf/72/v22n4a23.pdf> Acesso em: 10 de abril de 2024.
- HOODA, Z. *et al.* Rare Case of Fecaloma Requiring Endoscopic Intervention in a 24-year-old female. *Journal of Surgical Case Reports*, v. 2024, n. 7, 2024. DOI: 10.1093/jscr/rjae438.
- JACKSON, P.; CRUZ, M. V. Intestinal obstruction: evaluation and management. *American Family Physician*, v. 98, n. 6, p. 362-367, 2018. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0915/p362.html>. Acesso em: 10 de abril de 2024.
- LEITE, C.M. *et al.* Análise Epidemiológica do Perfil dos Pacientes com Obstrução Intestinal no Hospital Regional Asa Norte (HRAN). *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 2, p. 10929-10954, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n2-166.
- PAVLIDIS, E.T. *et al.* Management of Obstructed Colorectal Carcinoma in an Emergency Setting: An Update. *World Journal of Gastrointestinal Oncology*, v. 16, n. 3, p. 598-613, 2024. DOI: 10.4251/wjgo.v16.i3.598.
- PEREIRA, N.M.; OLIVEIRA, R.C. Abdome agudo obstrutivo: etiologia, fisiopatologia, achados semiológicos, diagnóstico e tratamento clínico-cirúrgico. *Revista Contemporânea*, v. 4, n. 12, p. 178, 2022. DOI: 10.56083/RCV4N12-178
- SABISTON, D.C. *et al.* Sabiston: tratado de cirurgia – as bases biológicas da prática cirúrgica moderna. 20. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
- SIQUEIRA, J. V. C. *et al.* Obstrução intestinal aguda: diagnóstico diferencial e manejo cirúrgico de urgência. *Anais do II CONAMEO – Congresso Nacional de Medicina, Enfermagem e Odontologia em Urgência e Emergência*, Uberlândia (MG), 2024. DOI: 10.29327/1406565.
- TOWNSEND, CMJ. *et al.* Sabiston: tratado de cirurgia. 20. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
- VIANA, B.L.A. *et al.* Prevenção, Diagnóstico e Tratamento das Aderências Abdominais: Revisão da Literatura. *Revista Contemporânea*, v. 4, n. 1, p. 4682-4695, 2024. DOI: 10.56083/RCV4N1-258.
- ZAMARY, K.; SPAIN, D.A. Small bowel obstruction: the sun also rises? *Journal of Gastrointestinal Surgery*, v. 24, n. 8, p. 1922-1928, 2020. DOI: 10.1007/s11605-019-04351-5
- ZANIN, E.M. *et al.* Obstrução intestinal aguda. *Acta Médica*, v. 37, n. 6, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-883021> Acesso em: 13 de abril de 2024.
- ZATERKA, S.; EISIG, J.N. Tratado de gastroenterologia: da graduação à pós-graduação. São Paulo: Atheneu, 2016.