

OBSTRUÇÃO INTESTINAL AGUDA

Eduardo Madalosso Zanin
Rafaela Becker
Marcelo Garcia Toneto

UNITERMOS

OBSTRUÇÃO INTESTINAL; ABDOME AGUDO; TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA

KEYWORDS

INTESTINAL OBSTRUCTION; ACUTE ABDOMEN; EMERGENCIAL TREATMENT

SUMÁRIO

Obstrução intestinal tem sua sintomatologia de acordo com o local em que ocorre a interrupção do fluxo intestinal. O diagnóstico é baseado em anamnese, exame físico e exames complementares de imagem. O tratamento é feito conforme a etiologia específica e pode ser tanto conservador quanto cirúrgico.

SUMMARY

Intestinal obstruction symptomatology varies according to the place in which the gastrointestinal flow is interrupted. The diagnosis is based on anamnesis, physical examination and imaging. Treatment is performed according to the specific etiology and can be either conservative or surgical.

INTRODUÇÃO

Causada por acúmulo de conteúdo intestinal acima do ponto ocluído, a obstrução intestinal corresponde a cerca de 15% dos quadros de abdome agudo. Devido as graves consequências que podem advir de um quadro de obstrução intestinal, os autores se propõem a realizar uma sucinta revisão sobre o tema.^{1,2}

CLASSIFICAÇÃO

Mecanismo

Mecânica: Obstrução causada por efeito de massa de processos extrínsecos ou intrínsecos, podendo esses serem ainda de causa maligna ou benigna. Exemplos: Aderências, hérnias, neoplasia, volvo, etc.^{1,3}

Não-mecânica: obstrução funcional comprometendo a dinâmica intestinal sem haver um ponto específico de oclusão. Exemplos: Íleo paralítico, hipocalcemia, pancreatite aguda, síndrome de Olgivie.^{1,4}

Gravidade

- Simples: fluxo sanguíneo preservado. Pode ser parcial ou total.¹
- Estrangulada: fluxo sanguíneo comprometido. Pode levar a edema de alça, isquemia, necrose e perfuração da alça.¹

Ponto de obstrução

- Intestino delgado: obstrução no intestino delgado, podendo ser proximal ou distal.^{1,5,6}
- Intestino grosso: obstrução no cólon.^{1,5,6}

Grau

- Parcial: local de obstrução com fluxo peristáltico reduzido, mas existente.¹
- Completa: local de obstrução sem fluxo peristáltico.¹

Progressão

- Alça aberta: obstrução somente em ponto distal, ponto proximal pode ser descomprimido por vômitos ou sonda nasogástrica.¹
- Alça fechada: obstrução proximal e distal, maior acúmulo de líquido e gás acarretando em um maior risco para isquemia, volvo e perfuração.¹

CAUSAS

Tabela 1. Causas de obstrução do intestino grosso e delgado.

Causas de Obstrução de Intestino Grosso		Causas de Obstrução de Intestino Delgado	
Neoplasia	60%	Aderências	56%
Volvo	20%	Hérnias	25%
Divertículo	10%	Neoplasia	10%

Miscelânea	10%
------------	-----

Miscelânea	9%
------------	----

DIAGNÓSTICO

Apresentação clínica

De acordo com a altura da obstrução os sintomas podem variar, contudo, os sintomas mais comuns são: dor em cólica, náusea, vômitos, distensão abdominal e ausência de evacuações.^{1,2,3}

Em obstruções proximais os sintomas de náuseas e vômitos são mais pronunciados que a distensão abdominal, a qual é mais comum em obstruções distais.^{1,2,3}

A dor tende a ser em cólica, progressiva e intensa em severidade. Quadro comum especialmente em casos de obstrução em alça fechada onde a progressão da dor aumenta até ocorrer a perfuração intestinal, ocorrendo paradoxalmente o alívio momentâneo dos sintomas álgicos até os sinais da peritonite iniciarem.^{1,2,3}

Na tentativa de vencer a obstrução, o intestino aumenta sua peristalse podendo gerar momentaneamente um quadro de diarreia paradoxal. Ocorre especialmente frequente em sub-oclusões.^{1,2,3}

Exame Físico

Sinais sistêmicos como febre, hipotensão, taquicardia e mucosas descoradas apontam para um quadro mais avançado. O abdome frequentemente se apresenta distendido e timpânico à percussão. Movimentos peristálticos podem estar visíveis.^{1,2,3}

Os ruídos hidroaéreos tendem estar aumentados nos quadros mais iniciais gerando o sinal semiótico do tilintar de moedas. Em quadros mais tardios podem estar abolidos.^{1,2,3}

Durante o exame físico, atentar para sinais que apontem a etiologia do quadro como incisões abdominais (aderências), hérnias ou massas pétreas (neoplasia).^{1,2,3}

Laboratório

Não existem exames específicos. Deve-se sempre tentar identificar precocemente sinais de infecção sugestivos de peritonite, desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos.¹

Imagem

Raio-X: É o primeiro exame a ser solicitado em caso de suspeita de obstrução intestinal. Acurácia em torno de 60%. Pode confirmar o diagnóstico, confirmar o local e por vezes, identificar a etiologia da obstrução. A dilatação ocorre, em geral, proximal à obstrução. A incidência de decúbito lateral é a que possui maior probabilidade de mostrar líquido livre no abdômen ou níveis hidroaéreos.^{1,2}

Possui alguns achados característicos:

Tabela 2. Sinais radiográficos.

Patologia	Sinal radiográfico
Perfuração	Presença de ar livre no abdômen
Obstrução proximal	Dilatação (>3cm) de múltiplas alças, ausência de gás no reto, níveis hidroaéreos em diferentes alturas de uma mesma alça, sinal empilhamento de moedas, gás livre no abdômen, sinal do colar de pérolas (pequenas bolhas de gás), distensão gástrica
Obstrução distal	Dilatação do cólon, haustrações do reto, dilatação a montante do cólon. *Pode haver dilatação de intestino delgado caso a válvula ileocecal seja incompetente (transmite a dilatação)

Ultrassom: Opção em casos de instabilidade hemodinâmica. É livre de radiação, o que a torna interessante em quadros pediátricos ou obstétricos. Porém tem sua acurácia diminuída com a presença de gases.^{1,2}

Tomografia computadorizada: É altamente sensível (sensibilidade em torno de 90%). Fornece uma perspectiva global do intestino, vasos, omento e peritônio. Informa, além da presença ou não de obstrução, a topografia, gravidade e possível etiologia. É o exame mais recomendado atualmente a fim de elucidação diagnóstica para causa— obstrutiva. Seus achados incluem a presença de ar livre em cavidade abdominal, pneumatose, espessamento mucoso, sinais de necrose e isquemia, presença de massas, estreitamento, entre outros.^{1,7}

Contraste oral: em geral não é necessário, pode ser usado no raio-x simples para avaliar se o trânsito intestinal chega ao cólon. A tomografia utiliza o próprio gás intestinal como agente contrastante.^{1,2}

Diagnostico diferencial

Causas não obstrutivas, desordens de motilidade, íleo paralítico, pancreatite, isquemia, trauma, distúrbio hidroeletrólítico, (hipocalcemia), pseudoobstrução, etc.^{1,2}

TRATAMENTO

É baseado na remoção do fator causal da obstrução e manejo das consequências sistêmicas. Grande parte das obstruções podem ser abordadas de forma conservadora, principalmente tratando-se de obstruções proximais.¹

Manejo conservador

Pode ser utilizado em pacientes clinicamente estáveis, desde que recebam monitorização e exame clínico periódico. Baseia-se em:

- Ressuscitação volêmica;
- Correção dos distúrbios hidroeletrólíticos;
- NPO;
- Controle de diurese;
- Descompressão por sonda nasogástrica/intestinal/retal;
- Antibióticos contra gram negativos e anaeróbios em casos de suspeita de isquemia;
- Analgesia.

Podem ser utilizadas medicações como inibidores de bomba de prótons endovenosos em obstruções proximais a fim de reduzir secreções e o processo inflamatório; octreotide, antiespasmódicos e anticolinérgicos podem reduzir sintomas gastrointestinais, bem como a produção de secreções. Corticóides ou drogas de ação central como o haloperidol podem ser opções terapêuticas.^{1,2,5}

Manejo cirúrgico

Na maioria dos casos é o tratamento de definitivo. É indicado, basicamente, em casos de complicação (isquemia, necrose, perfuração ou peritonite) ou quando o tratamento conservador não foi resolutivo em mais de 48 horas.^{1,2,5}

O procedimento depende do local da obstrução. A viabilidade das alças envolvidas devem ser avaliadas com critérios como cor, peristalse e pulsação. Em casos de inviabilidade estas devem ser ressecadas.^{1,2,5}

A videolaparoscopia pode ser indicada em casos seletos – pontuais e menos avançados. Nos casos em que é empregada mostra uma melhora no tempo de internação e dor pós-operatória.^{1,2,5}

Manejo endoscópico

Vem ganhando importância devido ao fato de ser um procedimento menos invasivo. Pode ser utilizado para determinar diagnóstico através da coleta de amostra tecidual, descompressão mecânica ou dilatação do fator obstrutivo através da colocação de stents.¹

CONCLUSÃO

A obstrução intestinal é uma afecção frequente na emergência hospitalar. Saber identificar seus sinais e sintomas, utilizando os mesmos para embasar a

solicitação de exames diagnósticos é fundamental para um manejo adequado e efetivo. Conhecer as diferentes formas de tratamento, seja ele conservador ou cirúrgico, é imprescindível para uma prática clínica adequada.

REFERÊNCIAS

1. Hucl T. Acute GI obstruction. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2013;27(5):691-707.
2. Gore R, Silvers R, Thakrar K, Wenzke D, et al. Bowel Obstruction. *Radiol Clin North Am*. 2015 Nov;53(6):1225-40. doi: 10.1016/j.rcl.2015.06.008.
3. Gainant A. Emergency management of acute colonic cancer obstruction. *J Visc Surg*. 2012 Feb;149(1):e3-e10. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2011.11.003. Epub 2011 Dec 19.
4. Pereira P, Djeudji F, Leduc P, et al. Ogilvie's syndrome—acute colonic pseudo-obstruction. *J Visc Surg*. 2015 Apr;152(2):99-105. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2015.02.004. Epub 2015 Mar 11.
5. Yeo H, Lee S. Colorectal Emergencies: Review and Controversies in the Management of Large Bowel Obstruction. *J Gastrointest Surg*. 2013 Nov;17(11):2007-12. doi: 10.1007/s11605-013-2343-x. Epub 2013 Sep 19. Sule Ajibade A. Adult large bowel obstruction: A review of clinical experience. *Ann Afr Med*. 2011;10(1):45.
6. Galia M, Agnello F, La Grutta L, et al. Computed tomography of bowel obstruction: tricks of the trade. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. 2015;9(8):1115-1125.