



Abdômen agudo obstrutivo: aspectos clínicos e cirúrgicos

Cleidiana Alves de Brito¹, Francisco Diego Santana de Freitas², Johann Philipp Klaus Weyand³, Ana Karina Borges de Moura⁴, Gabrieli Junges⁵, Idelbrando Araújo Lima Júnior⁶, Daniela Ruella Carvalho⁷, Bernardo Campos Mascarenhas Aguiar⁷, Isabella Lorena Canuto Damasceno⁸, Gabriel Calmon Parreira de Souza Arraes⁹, Sandra Campos de Souza Brito¹⁰, Laís Rodrigues da Silva¹¹.

REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

O abdome agudo obstrutivo é caracterizado por uma parada de progressão do trânsito intestinal e corresponde a, aproximadamente, 20% dos casos de abdome agudo no departamento de emergência. Trata-se de uma revisão integrativa utilizando como base de dados a BVS, a SciELO, o LILACS e o PubMed, nos últimos 5 anos. Foram avaliados 997 artigos sobre o tema com ênfase em uma síntese dos conhecimentos mais recentes e de maior consistência científica. O paciente com obstrução intestinal apresenta queixa de dor e, principalmente, distensão abdominal, além de parada da eliminação de flatos e fezes, tipicamente com vômitos. Na história da doença atual, busca-se por outros sinais e sintomas como febre ou aspecto do vômito (alimentar, bilioso ou fecaloide). Conclui-se que a avaliação diagnóstica no abdome agudo parte da avaliação clínica, com anamnese e exame físico. Baseando-se nas suspeitas diagnósticas, exames adicionais são realizados a depender de cada etiologia.

Palavras-chave: Obstrução intestinal, Diagnóstico, Tratamento.

Obstructive acute abdomen: clinical and surgical aspects

ABSTRACT

Obstructive acute abdomen is characterized by a stop in the progression of intestinal transit and accounts for approximately 20% of cases of acute abdomen in the emergency department. This is an integrative review using the VHL, SciELO, LILACS and PubMed as databases over the last 5 years. 997 articles on the topic were evaluated with an emphasis on a synthesis of the most recent knowledge and greater scientific consistency. The patient with intestinal obstruction complains of pain and, mainly, abdominal distension, in addition to stopping the elimination of flatus and feces, typically with vomiting. In the history of the current illness, look for other signs and symptoms such as fever or appearance of vomiting (alimentary, bilious or fecaloid). It is concluded that the diagnostic evaluation in the acute abdomen starts from the clinical evaluation, with anamnesis and physical examination. Based on diagnostic suspicions, additional tests are performed depending on each etiology.

Keywords: Intestinal obstruction, Diagnosis, Treatment.

Instituição afiliada – ¹Faculdade Unifranz Tomayo Revalida INEP /UNB. ²Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte. ³Centro Universitário Campo Real. ⁴Universidade Católica de Brasília. ⁵Universidade Positivo. ⁶Universidade Federal do Amapá. ⁷Centro Universitário de Belo Horizonte. ⁸Universidade Estadual de Feira de Santana. ⁹Universidade Federal De Mato Grosso. ¹⁰Universidade Federal do Sul da Bahia. ¹¹UNINASSAU.

Dados da publicação: Artigo recebido em 15 de Abril e publicado em 05 de Junho de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p331-340>

Autor correspondente: Cleidiana Alves de Brito - leidianamedice@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A definição clássica de obstrução intestinal é a parada da progressão do conteúdo intestinal por um obstáculo mecânico ou uma falência funcional. Na obstrução mecânica, existe um obstáculo físico, como uma massa estenosante ou uma torção, fechando a luz intestinal e impedindo a progressão do trânsito, geralmente, em um só ponto (JACKSON; VIGIOLA CRUZ, 2018).

Em geral, as causas mais comuns de obstrução mecânica são aderências, hérnias e tumores. Outras causas gerais são diverticulite, corpo estranho (incluindo cálculos biliares), vólvulo (torção do intestino no seu mesentério), intussuscepção (penetração de um segmento do intestino delgado em outro) e impactação fecal (ATALAY *et al.*, 2021).

Na obstrução intestinal simples, o bloqueio ocorre sem comprometimento vascular. Alimentos e líquidos ingeridos, secreções digestivas e gás se acumulam acima da obstrução. O intestino proximal distende-se e o distal sofre colapso. As funções secretoras e absorptivas da mucosa estão baixas e a parede intestinal se torna edemaciada e congesta. A distensão intestinal significativa é autoperpetuada e progressiva, intensificando o peristaltismo e os distúrbios secretórios e aumentando os riscos de desidratação e progressão para obstrução por estrangulamento (ARLENE MUZIRA NAKANWAGI *et al.*, 2021).

A obstrução por estrangulamento consiste em obstrução com comprometimento do fluxo sanguíneo; ela ocorre em cerca de 25% dos pacientes com obstrução do intestino delgado. Com frequência, associa-se à presença de hérnia, vólvulo e intussuscepção. A obstrução por estrangulamento pode progredir para infarto e gangrena em tempo tão curto quanto 6 horas. A obstrução venosa ocorre primeiro, seguida de oclusão arterial, resultando em rápida isquemia da parede intestinal. Esse intestino isquêmico se torna edemaciado e infartado, causando gangrena e perfuração. Na obstrução do intestino grosso, o estrangulamento é raro (exceto com o vólvulo) (ESKELINEN *et al.*, 2021).

Pode ocorrer perfuração em um segmento isquêmico (tipicamente do intestino delgado) ou quando existe grande dilatação. O risco é alto se o ceco se dilata até um diâmetro maior ou igual a 13 cm. A perfuração de um tumor ou divertículo pode também

ocorrer no local da obstrução (Y et al., 2020).

Inicialmente, pode-se classificar a obstrução de acordo com a altura do trato digestivo em que ela ocorre, sendo alta quando for do intestino delgado e baixa quando do cólon. Pode-se ainda classificar de acordo com o acometimento em: completa, quando o bloqueio é total; parcial ou suboclusão, quando parte das secreções e do gás intestinal passam; e, alça fechada, quando a lesão oclui o mesmo segmento de alça em dois pontos (PATTERSON; KASHYAP; DOMINIQUE, 2021).

Na obstrução funcional, também denominada de íleo adinâmico ou paralítico, o que temos são alterações neuro-hormonais, em geral com supressão do sistema nervoso parassimpático, que levam a uma hipotonia ou atonia do tubo digestivo. Ocorre comumente nos pacientes em pós-operatórios abdominais (manipulação de alças) e em pacientes graves, sépticos, politraumatizados (SCHWARZE et al., 2019).

Diante disso, o objetivo geral deste trabalho é, por meio da análise da produção científica nacional e internacional indexadas às bases de dados LILACS, SciELO e PubMed, o conhecimento acerca dessa doença sendo de fundamental importância na avaliação criteriosa dos pacientes que externam sinais e sintomas da mesma e na condução e tratamento adequados destes, reduzindo os impactos de morbimortalidade já conhecidos

Como objetivos específicos, tem-se: descrever os tratamentos disponíveis para o manejo do abdômen agudo obstrutivo, as características clínicas e epidemiológicas; e, identificar possíveis formas de tratamento dessa doença.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que possui caráter amplo e se propõe a descrever o desenvolvimento de determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, mediante análise e interpretação da produção científica existente. Essa síntese de conhecimentos a partir da descrição de temas abrangentes favorece a identificação de lacunas de conhecimento para subsidiar a realização de novas pesquisas. Ademais, sua operacionalização pode se dar de forma sistematizadas com rigor metodológico (BRUM et al., 2015).

Para responder à questão norteadora “*O que a literatura especializada em*

saúde, dos últimos cinco anos, traz a respeito dos tratamentos disponíveis e das características clínica e epidemiológicas para o manejo do abdômen agudo obstrutivo?” foi acessada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na *USA National Library of Medicine* (PubMed).

Por meio da busca avançada, realizada em 04 de junho de 2024, utilizando-se dos seguintes termos delimitadores de pesquisa, como descritores para o levantamento de dados dos últimos 5 anos: “abdômen agudo obstrutivo and diagnóstico and tratamento”. Este processo envolveu atividades de busca, identificação, fichamento de estudos, mapeamento e análise. O recorte temporal justifica-se pelo fato de que estudos de avaliação a respeito do abdômen agudo obstrutivo, no Brasil, são pouco realizados.

Os dados coletados para a seleção dos artigos analisados neste estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: tratar-se de um artigo original, cujo objeto de estudo seja de interesse desta revisão integrativa, publicado nos últimos cinco anos. Já os critérios de exclusão foram: artigos de revisão; tese ou dissertação, relato de experiência; e, artigo que, embora sobre tratamento psiquiátrico, tratasse de situações específicas relacionadas a patologias.

Inicialmente, foram encontradas 997 produções científicas com os descritores “abdômen agudo obstrutivo and diagnóstico and tratamento”. Desses, foram selecionados 786 produções científicas que apresentavam o texto na íntegra ou não, sendo que apenas 578 atenderam ao critério de inclusão relativo ao idioma que era língua portuguesa e inglês.

Das 578 produções selecionadas, 387 atenderam ao critério de inclusão ao serem classificadas como artigos. Quando se aplicou o filtro relativo ao recorte temporal dos últimos cinco anos, foram selecionados 135 artigos. Desses, nove estavam duplicados por integrarem mais de uma base de dados, motivo pelo qual foram excluídos, restando 67 artigos. Após a leitura dos títulos e dos resumos dessas produções, 61 foram excluídos por não responderem à questão norteadora desse estudo, uma vez que se tratava de patologias específicas, que se encontra ilustrado na figura 1.

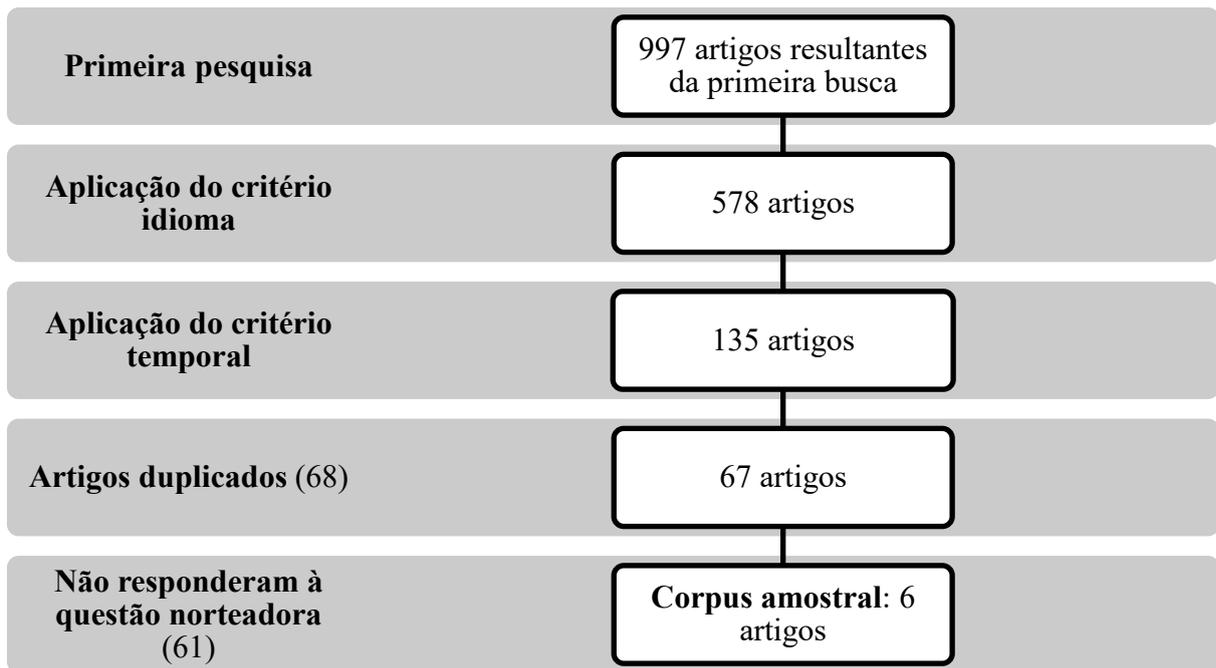


Figura 1. Fluxograma da Escolha dos Artigos

RESULTADOS

O paciente com obstrução intestinal apresenta queixa de dor e, principalmente, distensão abdominal, além de parada da eliminação de flatos e fezes, tipicamente com vômitos. Na história da doença atual, busca-se por outros sinais e sintomas como febre ou aspecto do vômito (alimentar, bilioso ou fecaloide). E, na investigação dos antecedentes, por cirurgias prévias, uso de medicação, perda ponderal importante e rápida (NELMS; KANN, 2021).

A dor, em geral, é referida como uma dor em cólica e, de acordo com a periodicidade, podemos pensar em diferenciar a etiologia de alta ou baixa. A dor de uma obstrução alta, em geral, é mais intensa, dura menos tempo e tem um intervalo entre sintomas mais curto. Por outro lado, a dor de uma obstrução baixa é menos intensa e dura mais tempo. Isso ocorre, principalmente, porque a frequência e intensidade das ondas peristálticas e o calibre das alças comportando volume excedente diferem entre o intestino delgado e o intestino grosso (LONG; ROBERTSON; KOYFMAN, 2019).

Em relação ao diagnóstico da obstrução intestinal, as radiografias abdominais com o paciente em pé e em decúbito dorsal devem ser obtidas. Embora apenas a laparotomia possa diagnosticar de modo definitivo o estrangulamento, exames clínicos



repetidos podem fornecer uma pista precoce. Leucócitos e acidose elevados podem indicar que o estrangulamento já ocorreu, mas esses sinais podem estar ausentes se a saída venosa da alça estrangulada do intestino for menor (AMARA *et al.*, 2021).

Em radiografias planas, uma série das alças do intestino delgado distendidas é típica de obstrução, mas pode ocorrer em caso de obstrução do colo direito. O nível líquido no intestino delgado pode ser visto nas radiografias em pé. Resultados radiográficos e sintomas similares, embora talvez menos dramáticos, ocorrem no íleo (paralisia do intestino sem obstrução); a diferenciação pode ser difícil. Alças dilatadas e nível hidroaéreo podem estar ausentes em obstruções do jejuno proximal ou em obstruções por alças cegas estranguladas (como pode ocorrer no vólculo). Intestino infartado pode produzir um efeito de massa na radiografia. Gás na parede intestinal (pneumatose intestinal) indica gangrena (SARANI *et al.*, 2018).

Na obstrução do intestino grosso, a radiografia abdominal indica distensão do colo proximal em relação à obstrução. No vólculo de ceco, pode-se observar uma grande bolha de gás no mesogástrio ou no hipocôndrio esquerdo do abdome. Tanto no vólculo do ceco como no sigmoide, o enema contrastado mostra o local da obstrução por meio de uma deformidade “bico de pássaro” típica no local da torção; na verdade, o procedimento pode reduzir um vólculo do sigmoide. Se o enema contrastado não for realizado, a colonoscopia pode ser utilizada para descomprimir o vólculo de sigmoide, mas raramente é útil para o vólculo de ceco (SMITH; KASHYAP; NEHRING, 2021).

Os pacientes com possível obstrução intestinal devem ser hospitalizados. O tratamento da obstrução intestinal aguda deve ser feito juntamente com o diagnóstico. Cuidados de suporte são similares nas obstruções de intestino delgado ou grosso: aspiração nasogástrica, líquidos intravenosos (soro fisiológico a 0,9% ou ringer lactato para reposição de volume) e sonda vesical de demora para monitorar a perda de líquido. A reposição de eletrólitos deve ser guiada pelos resultados dos exames laboratoriais, mas nos casos de vômitos repetidos é provável que os níveis séricos de sódio e potássio estejam depletados (SUN *et al.*, 2022).

No caso de suspeita de isquemia ou infarto intestinal, devem ser administrados antibióticos (cefalosporinas de 3ª geração, como cefotetano 2 g IV) antes da exploração cirúrgica (HOR; PAYE, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação diagnóstica no abdome agudo parte da avaliação clínica, com anamnese e exame físico. Baseando-se nas suspeitas diagnósticas, exames adicionais são realizados a depender de cada etiologia. Realizado o diagnóstico deve-se iniciar de forma rápida a abordagem terapêutica intervencionista. A vista disso, percebe-se a importância do diagnóstico correto para que os pacientes recebam uma terapia adequada e oportuna, visto que a maior parte das etiologias são potencialmente fatais. Contudo, esse tema ainda carece de protocolos e infraestrutura nos serviços de saúde que contemplem as diferentes etiologias e suas similaridades, diferenciando a melhor abordagem em cada caso.

REFERÊNCIAS

- ARLENE MUZIRA NAKANWAGI *et al.* Outcomes of management of intestinal obstruction at an urban tertiary hospital in sub Saharan Africa: a cross-sectional study. **BMC Surgery**, v. 21, n. 1, 30 nov. 2021.
- AMARA, Y. *et al.* Diagnosis and management of small bowel obstruction in virgin abdomen: a WSES position paper. **World Journal of Emergency Surgery**, v. 16, n. 1, 3 jul. 2021.
- ATALAY, M. *et al.* Magnitude, pattern and management outcome of intestinal obstruction among non-traumatic acute abdomen surgical admissions in Arba Minch General Hospital, Southern Ethiopia. **BMC Surgery**, v. 21, n. 1, 15 jun. 2021.
- BRUM, C.N. *et al.* Revisão narrativa de literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (Orgs). Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015.
- ESKELINEN, M. *et al.* A Diagnostic Score for Acute Small Bowel Obstruction. **Anticancer Research**, v. 41, n. 4, p. 1959–1970, abr. 2021.
- HOR, T.; PAYE, F. [Diagnosis and treatment of an intestinal obstruction]. **Revue De L'infirmiere**, n. 217, p. 19–21, 1 jan. 2016.
- JACKSON, P.; VIGIOLA CRUZ, M. Intestinal Obstruction: Evaluation and Management. **American Family Physician**, v. 98, n. 6, p. 362–367, 15 set. 2018.



LONG, B.; ROBERTSON, J.; KOYFMAN, A. Emergency Medicine Evaluation and Management of Small Bowel Obstruction: Evidence-Based Recommendations. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 56, n. 2, p. 166–176, fev. 2019.

NELMS, D. W.; KANN, B. R. Imaging Modalities for Evaluation of Intestinal Obstruction. **Clinics in Colon and Rectal Surgery**, v. 34, n. 4, 2 jun. 2021.

PATTERSON, J. W.; KASHYAP, S.; DOMINIQUE, E. **Acute Abdomen**. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083722/>>.

SCHWARZE, V. et al. Akutes Abdomen – gastrointestinale Ursachen. **Der Radiologe**, v. 59, n. 2, p. 114–125, 25 jan. 2019.

SARANI, B. et al. A multidisciplinary approach to diagnosis and management of bowel obstruction. **Current Problems in Surgery**, v. 55, n. 10, p. 394–438, out. 2018.

SMITH, D. A.; KASHYAP, S.; NEHRING, S. M. **Bowel Obstruction**. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28723004/>>.

SUN, C. et al. The diagnosis and management of intestinal obstruction after pediatric liver transplantation. **Pediatric Transplantation**, v. 26, n. 1, p. e14123, 1 fev. 2022.

Y, T. et al. Etiologies and outcomes of emergency surgery for acute abdominal pain: an audit of 1456 cases in a single center. **European journal of trauma and emergency surgery : official publication of the European Trauma Society**, v. 46, n. 2, 1 abr. 2020.