

Abordagem do Abdome Agudo Obstrutivo: Critérios Para Abordagem Cirúrgica

Keila Carvalho de Sousa Baldissera, João Guilherme Couto Alves, Fernanda Londe Pessoa, Heitor Veloso Guimarães, Kristye Maria Macedo Tavares da Câmara, Paulo Victor Protasio Bezerra, Jefferson Araújo de Souza, Marco Antônio Remondy Pagotto, Arthur Alves de Sousa, Gabriel Alves de Sousa, Giovanna Souza Freitas, Eduardo Scutti Garbugio.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p2615-2626>

Artigo publicado em 28 de Fevereiro de 2025

RESUMO

O abdome agudo obstrutivo é uma condição clínica caracterizada por obstrução intestinal, que pode resultar de diversas etiologias, incluindo aderências, hérnias, neoplasias e doenças inflamatórias. A apresentação clínica inclui dor abdominal, distensão abdominal, vômitos e ausência de evacuação ou flatulência. A avaliação rápida e adequada é crucial para determinar a gravidade da condição e a necessidade de intervenção cirúrgica. A abordagem inicial envolve uma história clínica detalhada e exame físico, seguidos por exames complementares, como radiografias abdominais e tomografia computadorizada, que ajudam a localizar a obstrução e avaliar sua gravidade. Foram avaliados alguns 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: Abordagem, Abdome, Cuidados

Approach to Obstructive Acute Abdomen: Criteria for Surgical Approach

ABSTRACT

Obstructive acute abdomen is a clinical condition characterized by intestinal obstruction, which can result from various etiologies, including adhesions, hernias, neoplasms and inflammatory diseases. The clinical presentation includes abdominal pain, abdominal distension, vomiting and no bowel movements or flatulence. Prompt and appropriate assessment is crucial to determining the severity of the condition and the need for surgical intervention. The initial approach involves a detailed clinical history and physical examination, followed by additional tests, such as abdominal x-rays and computed tomography, which help locate the obstruction and assess its severity. Some 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: Approach, Abdomen, Care.

Autor correspondente: Keila Carvalho de Sousa Baldissera - keilacarvalhodesousa@gmail.com

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

INTRODUÇÃO

A obstrução intestinal é classicamente definida como a interrupção do avanço do conteúdo intestinal devido a um bloqueio mecânico ou falhas funcionais. Na obstrução causada por fatores mecânicos, há um impedimento físico, como uma massa que estreita ou uma torção, que obstrui a luz do intestino e dificulta o trânsito intestinal, geralmente ocorrendo em um único local. (JACKSON; VIGIOLA CRUZ, 2018).

De maneira geral, as causas mais frequentes de obstrução mecânica incluem aderências, hérnias e neoplasias. Além dessas, outros fatores que podem ocasionar obstrução são diverticulite, objetos estranhos (como cálculos biliares), vólvulo (torção do intestino sobre seu mesentério), intussuscepção (quando um segmento do intestino delgado se insere 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 apresenta distensão, enquanto a porção distal colapsa. As funções de secreção e absorção da mucosa estão comprometidas, e a parede intestinal passa a ficar edemaciada e congesta. Essa distensão intestinal significativa se torna um ciclo contínuo e progressivo, levando ao aumento do peristaltismo e a distúrbios nas secreções, além de elevar o risco de desidratação e a possibilidade de obstrução por estrangulamento. (ARLENE MUZIRA NAKANWAGI et al., 2021).

A obstrução por estrangulamento caracteriza-se por uma obstrução que compromete o fluxo sanguíneo, ocorrendo em aproximadamente 25% dos casos de obstrução do intestino delgado. Essa condição está frequentemente associada a hérnias, vólvulos e intussuscepções. A evolução da obstrução por estrangulamento pode levar a infarto e gangrena em um período tão curto quanto seis horas. Inicialmente, ocorre uma obstrução venosa, seguida da oclusão arterial, o que resulta em uma rápida isquemia da parede intestinal. Com isso, o intestino isquêmico torna-se edemaciado e infartado, levando à gangrena e à perfuração. No caso da obstrução do intestino grosso, o estrangulamento é raro. (exceto com o vólvulo) (ESKELINEN et al., 2021).

A obstrução intestinal pode ser inicialmente classificada com base na localização dentro do trato digestivo, sendo considerada alta quando ocorre no intestino delgado e baixa quando no cólon. Além disso, pode ser categorizada segundo o grau de comprometimento: completa, quando há um bloqueio total; parcial ou suboclusão, quando ainda há passagem de algumas secreções e gases; e alça fechada, quando a obstrução acontece em um segmento do intestino em dois pontos distintos. (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).

O objetivo principal deste trabalho é analisar a produção científica, tanto nacional quanto internacional, indexada nas bases de dados LILACS, SciELO e PubMed, sobre uma determinada doença. Essa análise visa proporcionar um melhor entendimento da condição, o que é essencial para a avaliação cuidadosa de pacientes que apresentam sinais e sintomas, além de auxiliar na abordagem e tratamento adequados, contribuindo para a redução dos impactos de morbidade e mortalidade conhecidos.

METODOLOGIA

Este trabalho aborda uma revisão narrativa de literatura, caracterizada por sua amplitude, com o objetivo de descrever o desenvolvimento de um tema específico sob uma perspectiva teórica ou contextual. Através da análise e interpretação da produção científica existente, essa revisão sintetiza conhecimentos sobre tópicos abrangentes, facilitando a identificação de lacunas que podem apoiar novas pesquisas. Além disso, sua execução pode ser realizada de maneira sistematizada e com rigor metodológico (BRUM et al., 2015).

Os dados coletados para a seleção dos artigos analisados neste estudo seguiram critérios de inclusão que exigiam que os artigos fossem originais, focando em tópicos relevantes para a revisão integrativa e publicados nos últimos cinco anos. Os critérios de exclusão englobaram artigos de revisão, teses ou dissertações, relatos de experiência e

artigos que, embora relacionados ao tratamento psiquiátrico, abordassem apenas questões específicas de patologias.

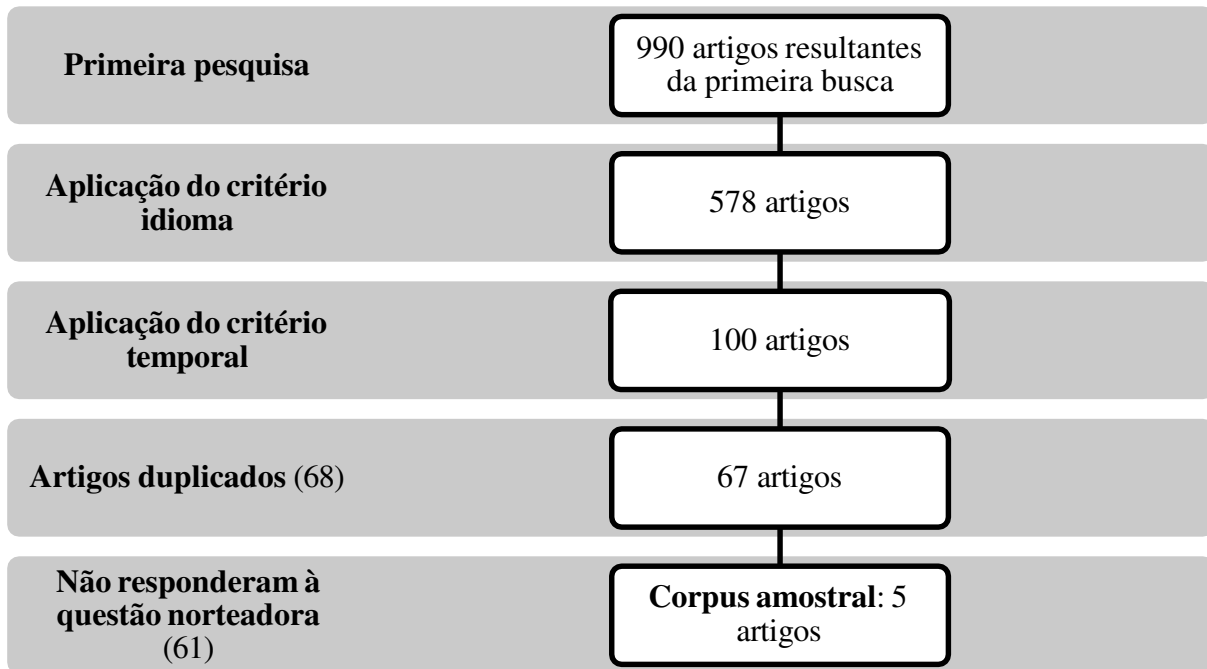


Figura 1. Fluxograma da Escolha dos Artigos.

RESULTADOS

A dor associada à obstrução intestinal é frequentemente descrita como cólica. Sua classificação em alta ou baixa depende da periodicidade dos sintomas. A dor na obstrução alta tende a ser mais intensa, com duração menor e intervalos mais curtos entre os episódios. Em contrapartida, a dor na obstrução baixa é geralmente menos intensa e se prolonga por mais tempo. Essas diferenças estão relacionadas à frequência e intensidade das ondas peristálticas, além do calibre das alças intestinais que acomodam volumes excessivos, variando entre o intestino delgado e o grosso. (LONG; ROBERTSON; KOYFMAN, 2019).

O diagnóstico de obstrução intestinal envolve a realização de radiografias abdominais com o paciente em pé e em posição de decúbito dorsal. Embora a laparotomia seja o único método que pode confirmar de forma definitiva o estrangulamento, avaliações clínicas regulares podem oferecer indícios precoces dessa condição. A presença de leucócitos elevados e acidose pode sugerir que o estrangulamento já ocorreu, embora esses sinais possam não estar presentes caso a saída venosa da alça afetada esteja comprometida. (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 vólvulo). 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 revela distensão do colo proximal em relação ao ponto de obstrução. No caso do vólvulo de ceco, é comum observar uma grande bolsa de gás na região do mesogástrico ou no hipocôndrio esquerdo. Tanto no vólvulo do ceco quanto no do sigmoide, o enema contrastado pode evidenciar a obstrução por uma deformidade em "bico de pássaro" característico da

torção, e esse procedimento pode até ajudar na redução do vólculo sigmoide. Caso o enema contrastado não seja realizado, a colonoscopia pode ser empregada para descomprimir o vólculo sigmoide, embora tenha utilidade limitada no vólculo de ceco (SMITH; KASHYAP; NEHRING, 2021).

Pacientes com suspeita de obstrução intestinal devem ser hospitalizados para avaliação e tratamento. O manejo da obstrução intestinal aguda deve ocorrer simultaneamente ao diagnóstico. Os cuidados de suporte são semelhantes tanto para obstruções do intestino delgado quanto do grosso, incluindo aspiração nasogástrica, administração de líquidos intravenosos (como solução salina a 0,9% ou Ringer lactato para reposição volumétrica) e colocação de sonda vesical de demora para monitorar a perda de líquido. A reposição de eletrólitos deve ser ajustada com base nos resultados dos exames laboratoriais, e em casos de vômitos frequentes, é comum encontrar depleção dos níveis séricos de sódio e potássio (SUN et al., 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação diagnóstica em casos de abdômen agudo começa com uma minuciosa anamnese e exame físico. Com base nas suspeitas diagnósticas levantadas, exames adicionais são solicitados conforme a etiologia suspeita. Após a confirmação do diagnóstico, é fundamental iniciar rapidamente a abordagem terapêutica intervencionista. A precisão do diagnóstico é crucial para garantir que os pacientes recebam tratamento adequado e em tempo, uma vez que muitas das causas são potencialmente fatais. No entanto, ainda é necessário desenvolver protocolos e aprimorar a infraestrutura nos serviços de saúde para abordar adequadamente as diversas etiologias e suas semelhanças, permitindo a escolha da melhor abordagem para 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.



