

OBSTRUÇÃO INTESTINAL : CAUSAS E CONDUTAS

MÁRIO AUGUSTO DO NASCIMENTO VIDAL¹

¹ Universidade Federal de Sergipe, Hospital Universitário, Aracaju, SE, Brasil

VIDAL MAN. Obstrução Intestinal: Causas e Condutas. *Rev bras Coloproct*, 2005;25(0):332-338.

RESUMO: Estudo retrospectivo, realizado no Hospital Governador João Alves Filho, no período de janeiro de 1990 a fevereiro de 1999, tem como objetivo avaliar as principais causas de obstrução intestinal de pacientes que foram admitidos no serviço de urgência, correlacionando-as com as condutas cirúrgicas tomadas. Foram analisados 118 pacientes que deram entrada no serviço de urgência, avaliando idade, sexo, quadro clínico, achado cirúrgico, terapêutica instituída e a morbi - mortalidade. Nos 118 pacientes estudados houve predominância do sexo masculino (59%). A faixa etária variou de acordo com as patologias. A principal causa foi brida de delgado (44%), seguida por volvo (23%), principalmente o de sigmóide (89%), e bolo de áscaris (11%). Nos pacientes do sexo masculino predominaram as obstruções por invaginação, hérnia e bolo de áscaris. No feminino destacaram-se os tumores, com localização mais comum no sigmóide. Bolo de áscaris e invaginações predominaram nos pacientes com menos de 10 anos, hérnias e bridas entre os 30 e 40 anos, enquanto que tumores e volvo predominaram em pacientes com mais de 50 anos. A terapêutica instituída variou com a patologia e sua apresentação, se simples ou complicada. A morbidade foi de 38%, sendo mais comuns os distúrbios hidro - eletrolíticos (18%). As patologias que mais apresentaram complicações foram o bolo de áscaris (61%) e os tumores (58%). A mortalidade foi de 20%, ocorrendo mais nos pacientes com tumores (42%) e bolo de áscaris (39%). As condutas cirúrgicas foram determinadas pelas etiologias, reservando-se os maiores índices de morbi - mortalidade às patologias que acometeram os extremos de idade.

Descritores: obstrução intestinal

INTRODUÇÃO

A obstrução intestinal ocorre quando a propulsão do conteúdo em direção ao ânus sofre interferência¹. Há vários critérios para classificá-la: quanto ao nível (delgado alto e baixo ou cólon), quanto ao grau (completa, incompleta - suboclusão ou “alça fechada”), quanto ao estado de circulação sanguínea (simples ou estrangulada), quanto ao tipo de evolução

(aguda ou crônica) e quanto à natureza da obstrução (mecânica, vascular ou funcional)².

Ao que se a figura, em torno de 20% das cirurgias por quadros de abdome agudo são de pacientes com obstrução intestinal¹. Ampla variação ocorre, nas causas, entre diferentes raças e localizações, tais como: diferenças anatômicas, adquiridas ou congênitas, expectativa de vida, hábitos alimentares e disponibilidade de serviço médico equipado². Atual-

Trabalho realizado na Universidade Federal de Sergipe, Hospital Universitário, Aracaju, SE, Brasil

Recebido em 22/11/2000

Aceito para publicação em 30/11/2000

mente, as aderências são a principal causa em todas os grupos etários. Hérnia inguinal estrangulada, outrora causa mais comum, figura em segundo lugar, seguida de neoplasia intestinal. Esses três agentes etiológicos respondem por mais de 80% de todas as obstruções¹.

Os sintomas cardinais são: dor, náuseas e vômitos, parada da eliminação de gases e fezes e distensão abdominal, sendo que esta manifestação ocorre mais tarde². A dor é tipicamente em cólica, de início brusco, em salva, ocorrendo a intervalos regulares, de localização epigástrica, periumbilical ou hipogástrica, dependendo do nível da obstrução². Se a dor se tornar contínua, localizada ou difusa nos intervalos entre as cólicas, é grande a suspeita de comprometimento vascular³. Nas obstruções mecânicas altas os vômitos são freqüentes, surgem precocemente e são constituídos de material estagnado e de aspecto bilioso; nas obstruções de cólon as náuseas e vômitos podem inexistir⁴. Na obstrução mecânica os sintomas de obstipação são tardios. A parada total da eliminação de gases e fezes é o apanágio da obstrução completa. Na suboclusão, o paciente pode continuar eliminando gases². A distensão abdominal pode surgir algumas horas depois de iniciados os sintomas, em função do nível de obstrução, sendo ausente ou discreta nas oclusões altas do intestino delgado, intensa e precoce nas baixas e mais tardias nas obstruções do cólon^{4,5}.

O exame físico nas primeiras 24 horas pode revelar pouquíssimos achados anormais, a não ser durante os períodos de cólica, os sinais vitais mantêm-se normais, e a desidratação e distensão ainda não são pronunciadas. Há defesa de parede durante a palpação, e a descoberta de massa ou área restrita de dor é sugestiva de estrangulamento. A ausculta é de grande valor, pois o abdome é silencioso, exceto nos ataques de cólica, nos quais os ruídos são altos, agudos e metálicos. Em torno do segundo ou terceiro dia a doença agrava-se visivelmente, quando a desidratação e a distensão estão acentuadas e os sinais vitais se alteram, apesar da obstrução simples só acarretar choque tardiamente¹.

Podem ser feitos exames complementares não só para o diagnóstico, como também para terapêutica. Exemplo disto é o tratamento do volvo de sigmóide com o auxílio da retossigmoidoscopia ou colonoscopia pela passagem, sob visão direta, de sonda além da zona

de torção⁶. A radiografia do abdome é fundamental para confirmação diagnóstica e melhor compreensão dos dados clínicos, como também pode ajudar a elucidar etiologias¹. O contraste pode ser usado se não houver contra-indicação (sofrimento da alça), realizando, assim, o trânsito intestinal e o enema opaco, sendo o primeiro para diferenciar se é obstrução parcial ou total e o outro quando houver suspeita de obstrução de intestino delgado distal e cólon². Há outros exames como a angiografia, a ultra-sonografia e exames laboratoriais, estes últimos permitem avaliar o grau e tipo de desequilíbrio metabólico, o que será fundamental para a terapêutica, definindo se há ou não sofrimento vascular².

Os princípios da terapêutica são a reposição de líquidos e eletrólitos, a descompressão do intestino e a intervenção cirúrgica no momento adequado. Absolutamente todos os pacientes com obstrução intestinal, exceto os que acabaram de ser submetidos a uma cirurgia, devem ser operados¹. Há 5 categorias de manobras cirúrgicas: extraluminares, enterotomia para retirada de corpos estranhos da luz, ressecção intestinal, operações de desvio de trânsito e operações de descompressão².

Pelo fato de ser intervenção cirúrgica de urgência, as complicações pós-operatórias são freqüentes. As mais observadas são: infecção de parede, íleo prolongado, sepse, complicações pulmonares e infecção urinária⁷.

OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo avaliar as principais causas de obstrução intestinal de pacientes que foram admitidos no serviço de urgência do Hospital Governador João Alves Filho, correlacionando-as com as condutas cirúrgicas tomadas, os índices de morbimortalidade bem como realizar a revisão da literatura pertinente.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo de 118 pacientes do serviço de urgência do Hospital Governador João Alves Filho, no período compreendido entre janeiro de 1990 a fevereiro de 1999.

As variáveis analisadas foram: idade, sexo, quadro clínico, achado cirúrgico, terapêutica instituída e morbi - mortalidade.

Os achados foram registrados em planilhas, transformados em bancos de dados e com auxílio dos programas Excell 97 e Word 97, realizaram-se cruzamentos apresentados sobre a forma de gráficos e tabelas, que foram os seguintes:

- Sexo x Etiologia
- Idade x Etiologia
- Morbidade x Etiologia
- Mortalidade x Faixa Etária
- Mortalidade x Etiologia
- Mortalidade x Apresentação (simples ou complicada)
- Etiologia x Dias de Internamento

RESULTADOS

Nos 118 pacientes estudados houve um predomínio do sexo masculino, com 59% dos casos.

A idade variou de 0 a 87 anos, sendo a faixa etária mais acometida no total dos casos e no sexo masculino de 0 a 10 anos, e no sexo feminino de 51 a 60.

Com relação à etiologia, a principal causa foi a brida de delgado, com 44%, seguida de volvo de ceco e sigmóide (23%), bolo de áscaris (11%), tumorações do sigmóide, cólon esquerdo e reto (10%), invaginações íleo-cólica e colo-cólica (6%) e hérnias inguinal e crural (6%). O volvo de cólon teve como localização principal o sigmóide, com 89%. A principal invaginação foi a colo-cólica, com 86%. Houve destaque para a hérnia inguinal, com 72%. Predominou o tumor de sigmóide com 50% (Tabela-1).

Tabela 1

Etiologia	%
Brida de Delgado	44
Volvo de Ceco e Sigmóide	23
Bolo de Áscaris	11
Tumorações	10
Invaginações	6
Hérnias	6

Tabela 2 - Sexo X Etiologia

Etiologia	Masculino	Feminino
Brida de Delgado	60%	40%
Volvo de Ceco e Sigmóide	59%	41%
Bolo de Áscaris	69%	31%
Tumorações	25%	75%
Invaginações	86%	40%
Hérnias	72%	28%

Relacionando etiologia e sexo, observa-se que nos pacientes do sexo masculino houve destaque para as obstruções por invaginação (86%), hérnia (72%) e bolo de áscaris (69%), e no feminino destacaram-se os tumores (75%), sendo o sigmóide a localização mais comum (55%) (Tabela-2).

O bolo de áscaris e invaginações predominaram nos pacientes com idade inferior a 10 anos, as hérnias e bridas entre os 30 e 40 anos, enquanto que os tumores e o volvo predominaram em pacientes com mais de 50 anos (Tabela-3).

As bridas de delgado apresentaram-se complicadas em 30% dos casos, já o volvo de cólon foi em 67%, as invaginações em 57%, as hérnias em 42% e os bolos de áscaris em 31%.

Havia patologia associada em 18% dos pacientes com bridas de delgado, em 15% dos com volvo de cólon, em 33% dos com tumores, em 14% dos com hérnia. As patologias associadas mais encontradas foram HAS, com 42%, seguida de diabete melitus, com 21%.

Os procedimentos cirúrgicos realizados nos casos de bridas de delgado foram: lise de bridas (69%), lise de bridas associada à enteroenteroanastomose (23%) e lise de bridas associada à enterorrafia (8%) (Tabela-4). Nos de volvo de cólon foram: desvolvulação manual (56%), Hartmann (26%), desvolvulação manual e colopexia (7%), hemicolecotomia direita (7%) e colostomia em alça em ângulo hepático (4%) (Tabela-5). Nos de tumores foram: colostomia derivativa em alça (59%), Hartmann (33%) e ileostomia terminal (8%) (Tabela-6). Nos de invaginação foram: enterectomia mais enteroanastomose (57%) e desinvaginação (43%) (Tabela-7). Nas

Tabela 3 – Idade (anos) x Etiologia

Idade	Brida	Volvo	Áscaris	Tumoração	Invaginação	Hérnia
0-10	8%	7%	92%	0%	86%	14%
11-20	13%	0%	8%	0%	0%	0%
21-30	10%	3,5%	0%	8%	0%	0%
31-40	23%	18%	0%	8%	0%	28%
41-50	10%	7%	0%	25%	0%	58%
51-60	16%	23%	0%	8%	0%	0%
61-70	6%	18%	0%	25%	14%	0%
71-80	13%	23%	0%	18%	0%	0%
>80	1%	0%	0%	8%	0%	0%

Tabela 4 – Procedimento cirúrgico em bridas de delgado

Procedimento	
Lise de Brida	69%
Lise de Brida + Enteroenteroanastomose	23%
Lise de Brida + Enterorrafia	8%

Tabela 5 – Procedimento cirúrgico em volvo de cólon.

Procedimento	
Desvolvulação Manual	56%
Hartmann	26%
Desvolvulação Manual + Colopexia	7%
HCD + Anastomose	7%
Colostomia em Alça em Ângulo Hepático	4%

Tabela 6 – Procedimento cirúrgico em tumores.

Procedimento	
Colostomia Derivada em Alça	59%
Hartmann	33%
Ileostomia Terminal	8%

Tabela 7 – Procedimento Cirúrgico em Invaginações.

Procedimento	
Desinvaginação	43%
Enterectomia + Enteroanastomose	57%

Tabela 8 – Procedimento cirúrgico em hérnias.

Procedimento	
Herniorrafia	57%
Herniorrafia + Enterectomia + Enteroanastomose	43%

de hérnias foram: herniorrafia (57%) e herniorrafia associada à enterectomia e enteroenteroanastomose (43%) (Tabela-8). Nos de bolo de áscaris foram: ordenha simples (69%) e enterectomia mais enteroenteroanastomose (31%) (Tabela-9).

A morbidade foi de 38%, sendo mais comum o íleo adinâmico (9%), abscesso de parede (9%) e a pneumonia (7%).

Tabela 9 – Procedimento cirúrgico em áscaris

Procedimento	
Ordenha Simples	69%
Enterectomia + Enteroenteroanastomose	31%

As patologias que mais apresentaram complicações foram o bolo de áscaris (61%) e os tumores (58%).

A mortalidade geral foi de 20%, sendo o índice de 42% nos pacientes com tumores, de 39% no com bolo de áscaris, de 29% nos com invaginação, de 18% nos com volvo de cólon, de 14% nos com hérnia e de 10% nos com bridas de delgado (Tabela-10). As causas de óbito foram: sepse (74%), insuficiência respiratória (18%), tromboembolismo pulmonar (4%) e desnutrição (4%) (Tabela-11).

Tabela 10 – Mortalidade x Etiologia

Etiologia	Mortalidade
Brida de Delgado	10%
Volvo de Ceco e Sigmóide	18%
Bolo de Áscaris	39%
Tumorações	42%
Invaginações	29%
Hérnias	14%

Tabela 11 – Mortalidade x Causa

Causa	Mortalidade
Sepse	74%
Insuficiência Respiratória	18%
Tromboembolismo Pulmonar	4%
Desnutrição	4%

Dos 118 pacientes estudados, 7% faleceram na faixa etária de 0 a 10 anos, 2,5% de 11 a 20, 3,5% de 21 a 30, 3,5% de 31 a 40, 2,5% de 41 a 50, 2,5% de 51 a 60, 3,5% de 61 a 70, 2,5% de 71 a 80 e 0,8% em maiores que 81 anos.

Dos pacientes que evoluíram para o óbito, 77% apresentavam-se com abdome agudo complicado.

O período de internamento variou de 1 a 46 dias, com média de 10 dias, os pacientes que passaram mais tempo internados foram por volvo de cólon (11%), tumores de cólon (8%) e bolo de áscaris (8%).

DISCUSSÃO

O paciente com dor abdominal representa um dos problemas mais frequentes e difíceis com o qual o cirurgião lida em sua prática diária. Deste grupo, a obstrução intestinal se destaca como um dos desafios mais rotineiros por representar uma das afecções abdominais agudas de maior incidência, correspondendo, em nosso meio, ao segundo lugar entre as patologias cirúrgicas abdominais não traumáticas nos serviços de urgência.

Do início do século aos dias de hoje observou-se uma diminuição superior a 50% na mortalidade dos casos de obstrução não complicada. Entretanto, a obstrução intestinal apresenta particularidades diagnósticas e terapêuticas e, ainda nos dias atuais, cursa com elevadas morbidade e mortalidade, apesar dos avanços nos conhecimentos de sua fisiopatologia, das opções terapêuticas, da anestesia e da antibioticoterapia. Tais fatos relacionam-se ao retardo no diagnóstico, a um preparo pré - operatório inadequado, tratamento incorreto e na procura tardia de assistência médica de emergência por parte do paciente¹.

As causas de obstrução se mostram bastante variadas e, provavelmente, associam-se a diferenças anatômicas, expectativa de vida, hábitos alimentares e disponibilidade de assistência médica adequada. Segundo a literatura sobre o tema, as duas principais causas de obstrução intestinal, em geral, são as bridas e as hérnias externas encarceradas⁸. Em nossa série de 118 pacientes, as duas maiores causas foram as bridas de intestino delgado (44%) e o volvo de cólon (23%), principalmente de sigmóide (89%), devido à elevada incidência de megacólon chagásico em nosso Estado.

Em regiões geográficas menos desenvolvidas também o volvo de intestino delgado e a invaginação

intestinal são causas freqüentes de obstrução. Em áreas em que a assistência médica à população é precária, é alta a incidência de hérnias encarceradas, ao passo que é incomum a ocorrência de obstrução por aderências. Em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, a neoplasia destaca-se como agente etiológico predominante². Em uma análise de 1644 pacientes com carcinoma de cólon, Goligher (1990)¹ verificou obstrução mecânica em 17,6% dos casos (40,4% - cólon esquerdo; 28,1% - cólon direito, 26% - cólon transversos; 4% - reto). As neoplasias de intestino delgado são raras e, conseqüentemente, são causa infreqüente de obstrução.

A faixa etária dos pacientes analisados mostrou-se bastante heterogênea, sendo possível observar a maior incidência de invaginação e bolo de áscaris em pacientes com idade inferior a 10 anos. O bolo de áscaris é uma parasitose muito freqüente em nosso meio e acomete mais a infância devido aos maus hábitos de higiene. A invaginação acomete geralmente crianças menores de dois anos de idade, principalmente entre os seis e nove meses⁹. O bolo de áscaris também foi importante causa de obstrução intestinal na faixa etária dos 11 aos 20 anos. As hérnias externas puderam ser observadas em pacientes com idade entre 31 e 50 anos, ou seja, nos pacientes funcionalmente ativos, quando o esforço físico contribuiu para a fisiopatologia da doença. As bridadas ou aderências predominaram entre os pacientes de 31 a 40 anos, pois é nesta faixa etária que mais são realizados os procedimentos cirúrgicos abdominais eletivos. A neoplasia e o volvo de cólon acometeram principalmente pacientes de maior faixa etária, entre 51 e 80 anos, ou seja, nos idosos, em que mais ocorrem os processos neoplásicos e, pela precariedade no diagnóstico inicial do megacólon, faz com que este seja diagnosticado na vigência de complicações, em fases avançadas de vida.

Em nossa casuística, a taxa de morbidade observada foi de 38%, sendo que os agentes etiológicos de maior morbidade foram o bolo de áscaris (61%) e os tumores (58%), seguidos da invaginação (57%) e do volvo de cólon (52%). Aproximadamente 67% dos casos de volvo colônico e 57% dos de invaginação apresentaram-se complicados já ao primeiro atendimento, quando havia comprometimento vascular, com sofrimento de alça.

As principais complicações observadas foram íleo adinâmico, abscesso de parede, pneumonia, sepse,

febre, insuficiência renal aguda, deiscência de parede e atelectasia.

Devido ao melhor conhecimento da fisiopatologia, à aplicação do tratamento adequado, ao progresso das técnicas cirúrgica e anestésica e à nutrição parenteral, houve decréscimo da mortalidade da síndrome obstrutiva que no início do século era de 60%, passando a ser de 3% a 8% atualmente, nos casos de obstrução simples. Entretanto, quando há sofrimento de alça ocorre elevação dessa taxa, permanecendo em torno de 30%². A nossa taxa de mortalidade foi de 20%, sendo que 77% dos casos de óbito apresentaram-se com abdome agudo complicado. A maior incidência de óbitos foi verificada entre os pacientes com obstrução por tumores (42%), bolo de áscaris (39%) e invaginação (29%), o que é explicado pelo mau estado geral dos pacientes, além de um maior índice de patologias associadas. Observamos maior mortalidade entre os pacientes com extremos de idade, demonstrando, desta forma, a influência da idade em conjunto com a etiologia na determinação do óbito, visto que a obstrução por áscaris predominou em tenra idade, em contraposição aos tumores que prevaleceram em idosos, trazendo consigo a desnutrição, desidratação, falência de órgãos e doenças consumptivas, sendo que a principal causa foi a sepse (14%), seguida da insuficiência respiratória (3%).

A terapêutica instituída variou com a patologia, reservando-se as cirurgias conservadoras para aqueles que se apresentaram com abdome agudo obstrutivo simples, ou seja, sem sofrimento vascular, já aqueles que se apresentaram com algum grau de isquemia, necrose ou perfuração foram submetidos a procedimentos com ressecção do segmento acometido e a realização ou não da reconstrução do trânsito num primeiro tempo a depender da situação da cavidade, estado geral do paciente e experiência da equipe cirúrgica, bem como da patologia de base.

CONCLUSÃO

As condutas cirúrgicas foram determinadas pelas etiologias, reservando-se os maiores índices de morbi-mortalidade às patologias que acometeram os extremos de idade.

SUMMARY: Retrospective study accomplished at the Hospital Governador João Alves Filho, in the period of January, 1990 to February, 1999. Its objective was to evaluate the main causes of intestinal obstruction in patients admitted to the urgency service, correlating them with the adopted surgical conducts. 118 patients were analyzed, evaluating age, sex, clinical manifestations, surgical findings, instituted therapeutics and the morbi-mortality. In the 118 studied patients there was a predominance of the masculine sex (59%). The age group varied according to the pathologies. The main cause was small intestine adhesions(44%), followed by volvulus (23%), mainly of sigmoid colon(89%), and by ascaris gathering (11%). In the patients of the masculine sex the obstructions prevailed were due to invagination, hernia and ascaris gathering. In the feminine one, there was a prevalence of tumors, with more common location in the sigmoid. The ascaris gathering and invaginations prevailed in the patients under 10 years, the hernias and adhesions from 30 to 40 years, while the tumors and the volvulus prevailed in patient over 50 years. The instituted therapeutics varied with the pathology. In the ascaris gathering, the enterectomy prevailed (69%); in the hernias, the herniorrafia (100%); in the tumors, the colostomy in loop (59%), in the volvulus, the simple distortion (63%); in the adhesions, the liberation of the adherences (100%) and in the invaginations, it went to enterectomy with enteroanastomosis (57%). The morbidity was of 38%, being more common the hydro-eletrolitic disturbances (18%). More complications were present in ascaris gathering (61%) and tumors (58%). Mortality was of 20% occurring in patients with tumors (42%) and ascaris gathering (39%). The surgical conducts were determined by the etiologies, being the largest mortality rate reserved to the pathologies that attacked the extremes of age.

Key words: intestinal obstruction

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goliger, J. Cirurgia do Ânus, Reto e Colo, Ed. Manole LTDA, 1990, 5ª edição, vol. 1, 4: 1149-1161.
2. Pinotti, H.W. Obstrução Intestinal. In: Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo. Ed. Atheneu, vol.2, 723-741.
3. Raia, A.A., Mello, J.B. Obstrução Intestinal. In: Raia, A.A. & Zerbini, E.J. Ed. Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Netto. 4ª ed. São Paulo, Sarvier, vol. 4, 389-404, 1998.
4. Bevilacqua, R.J. Obstrução Intestinal. In: Allgower, M. & Bevilacqua, R.J. Ed. Manual de Cirurgia. São Paulo, E.P.U. Springer, 442-454, 1981.
5. Bironili, D. Obstrução Intestinal. In: Speranzini, M.B. & Oliveira, M.R. Ed. Manual do Residente de Cirurgia. 3ª ed. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A., 201-208, 1988.
6. Bak, M.P. & Boley, S.J. Sigmoid volvulus in the elderly patients. Am. J. Sur., 151-171, 1986.
7. Mucha, P. Obstrução do Intestino Delgado. Clín. Cir. Am. Norte, 3: 617, 1987.
8. Becker, W.F. Acute adhesive ileus: a study of 412 cases with particular reference to the abuse of the decompression in treatment. Surg. Gynecol. Obstet., 95: 472, 1952.
9. Lopez, M.C., Rodrigues, J.A. Intussuscepção do Intestino Delgado, In: Pinetti, H.W. Ed. Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho. Editora Atheneu, vol.2, 723-741.

Endereço para correspondência:

MÁRIO VIDAL
Av. Anízio Azevedo, 351 - Apt. 1202
Ed. Carlos Gomes - 13 de julho
49.020-240 - Aracaju – SE