

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

MYLLENA VITÓRIA BISPO SANTANA

Abdome Agudo Obstrutivo

MACEIÓ
2024

MYLLENA VITÓRIA BISPO SANTANA

Abdome Agudo Obstrutivo

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à coordenação do
curso de Medicina da
Universidade Federal de Alagoas.

Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ
2024

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que os(a) discentes Myllena Vitória Bispo Santana (matrícula número: 19110611), cumpriram todas as exigências para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), conforme “Normas para Produção do TCC”, aprovadas pelo colegiado do curso em 24 de julho de 2019. O TCC realizado pelos discentes acima, concluído em 18 de agosto de 2023, intitula-se: “Abdome Agudo Obstrutivo”, que faz parte do livro Urgências e Emergências Médicas.

Maceió, 28 de fevereiro de 2024.



Documento assinado digitalmente

REGINALDO JOSE PETROLI

Data: 07/06/2024 09:47:04-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Reginaldo José Petrolí
Coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso
Faculdade de Medicina - FAMED/UFAL.
SIAPE: 1108003

Gerson Odilon Pereira

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Maria Luiza da Silva Veloso Amaro
Sandrele Carla dos Santos
Tauani Belvis Garcez

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pereira, Gerson Odilon

Urgências e emergências médicas / Gerson Odilon Pereira ; organização Tauani Belvis Garcez, Maria Luiza da Silva Veloso Amaro, Sandrele Carla dos Santos. -- 1. ed. -- São Paulo : Sarvier Editora, 2023.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5686-040-4

1. Emergências médicas 2. Emergências médicas - Manuais, guias, etc 3. Urgências médicas I. Garcez, Tauani Belvis. II. Amaro, Maria Luiza da Silva Veloso. III. Santos, Sandrele Carla dos. IV. Título.

CDD-616.025

23-166323

NLM-WB-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Emergências médicas 616.025

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Abdome Agudo Obstrutivo

- João Vitor Bispo Santana
- Myllena Vitória Bispo Santana
- Pedro Régis Apratto Rosa
- Larissa Lins Azevedo

► DEFINIÇÃO

O abdome agudo obstrutivo (AAO) é definido como uma agudização de um quadro de obstrução intestinal caracterizada por dor e distensão abdominal progressiva e/ou súbita, provocada por um obstáculo responsável por impedir o fluxo do conteúdo intestinal. Possui um alto índice de morbimortalidade dentre as outras etiologias de abdome agudo. Esse obstáculo pode ser mecânico decorrente de causas orgânicas que levam a situações como estenose e compressão, ou funcional, quando existe uma anormalidade na função intestinal.

Além disso, a obstrução intestinal pode ser classificada como alta, atingindo jejuno e íleo proximal, ou baixa, envolvendo o íleo terminal e os cólons. As causas que podem levar a essa condição são variadas e apresentam uma maior prevalência de acordo com as condições do paciente e a área em que deu-se a obstrução.

► FISIOPATOLOGIA

A obstrução mecânica simples, pelo reforço do peristaltismo, causa o aumento dos ruídos hidroaéreos e da secreção intraluminal, gerando um acúmulo de gases e líquidos que são responsáveis pela distensão abdominal e pela ocorrência de vômitos. Pode ocorrer devido estenoses, frequentemente causadas por doenças inflamatórias intestinais; obliterações, causadas por fecalomas e bolo de ascaris; e compressão extrínseca, causadas por aderências pós-cirúrgicas e hérnias.

A obstrução intestinal com sofrimento de alça ocorre por origem vascular primária, como acontece nas trombozes mesentéricas, ou secundária, nos casos de invaginações e estrangulamentos. A alteração vascular presente nesse quadro, somado a distensão e o aumento da pressão dentro do intestino, leva à isquemia da parede intestinal de modo causar a perda de plasma e sangue, a alteração na permeabilidade da parede e conse-

quente absorção de toxinas e a estase de conteúdo intraluminal, diminuindo a absorção e a motilidade. A obstrução parálitica ou funcional, segue a mesma sequência, podendo evoluir também com sofrimento de alça, mas suas causas estão relacionadas à presença de distúrbios metabólicos ou neurogênicos. Outra classificação é a de Raia e Simonsen, que divide a obstrução intestinal em obstrução mecânica simples, obstrução com sofrimento de alça e obstrução parálitica ou funcional.

Quadro 1 Causas mais comuns de obstrução intestinal. Fonte: RASSLAN, GAMA-RODRIGUES & MACHADO (2008).

Paciente Idoso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neoplasia colorretal 2. Íleo Biliar 3. Estenose por doença diverticular 4. Estenose por colite isquêmica
Paciente Operado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brida 2. Aderência 3. Hérnia interna
Obstrução Alta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brida/aderência 2. Hérnia interna 3. Tumor de delgado 4. Bolo de ascaris
Obstrução Baixa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neoplasia colorretal 2. Volvo de sigmóide/megacólon chagásico 3. Estenose de íleo terminal (doença inflamatória). 4. Invaginação

► DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do abdome agudo obstrutivo é dado inicialmente pela avaliação sintomática da afecção pelo exame clínico (anamnese e exame físico), o qual vai direcionar os respectivos exames de imagem e complementares. Na busca de elucidação clínica de uma abdome agudo obstrutivo é muito importante identificar as características da afecção abdominal do paciente, pode-se utilizar do mnemônico “PQRSTU” para avaliar a dor, os fatores associados, o tempo de evolução do quadro, bem como deve-se avaliar os antecedentes médicos do mesmo, como cirurgias prévias, comorbidades e hábitos intestinais. Contudo as queixas de dor abdominal em cólica, vômitos e constipação são indicativos de uma possível obstrução intestinal, podendo também apresentar achados físicos como a distensão abdominal e a sensibilidade à palpação. A clínica da obstrução intestinal varia de acordo com o nível da obstrução e de suas possíveis complicações. O vômito é o sintoma mais frequente e precoce, tendo aspecto amarelo-esverdeado na obstrução proximal/alta e aspecto mais amarelado e fecalóide na obstrução distal/baixa.

Quadro 2 Descrição do mnemônico “PQRSTU”. Fonte: adaptado de JARVIS, C (2020).

Mnemônico	Definição	Exemplos de perguntas
P – provocado ou paliativo	Agravantes e atenuantes	“O que você estava fazendo quando a dor começou? O que torna a dor melhor ou pior?”
Q – qualidade	Características da dor	“Como é a sua dor?” (pontada, cólicas, lancinante, queimação)
R – região ou radiação	Localização da dor	“Aponte para a localização atual da sua dor. Onde começou a dor? A dor irradia ou se move?”
S – gravidade e sintomas	escala da dor (visual, analógica); sintomas associados com a dor	“Classifique sua dor em uma escala de 0 a 10 com 0 significando nenhuma dor e 10 significando a pior dor imaginável, quão ruim é a dor no seu pior?” “Que outros sintomas você está apresentando?” (náuseas, vômitos, febre)
T- tempo	Início, duração e frequência da dor	“Este é o seu primeiro episódio de dor? Quando a dor começou, quanto tempo dura e a intensidade muda com o tempo?”
U – você	Impacto que a dor tem na rotina diária do paciente	“Como a dor está afetando sua vida? Isso limita sua função ou atividades?”

Os exames de imagem para investigação de AAO consistem em radiografias simples de abdome, AP, em ortostase e em decúbito dorsal e radiografia AP de cúpulas diafragmáticas em ortostase. Os achados radiográficos tem suas características a depender do nível de obstrução, se obstrução alta – alças de delgado- observa-se distensão de alças na topografia central do abdome, em ortostase, níveis hidroaéreos e o padrão do empilhamento de moedas; já na obstrução baixa -cólon- observa-se um padrão de distensão na região periférica do abdome, com haustrações típicas e ausência de gás no reto, podendo também ser observado a presença de fecalomas com o sinal do miolo de pão. Ainda pode ser encontrado o sinal de Rigler que é a presença de pneumoperitônio no Raio X de cúpulas diafragmáticas em ortostase. A incidência de Laurell (decúbito lateral esquerdo) é uma alternativa para os pacientes que não podem ficar em ortostase.

As torções intestinais, os chamados volvos, também são evidenciados nas radiografias de abdome, sendo os achados o sinal do “U” ou grão de café. Os contrastes oral e retal (enema opaco) podem auxiliar no encontro das obstruções, evidenciando estenoses, massas tumorais e torção intestinal, como o sinal da maçã mordida. A tomografia computadorizada é um recurso mais avançado que pode avaliar os locais de obstrução e possíveis complicações como sofrimentos de alças e perfuração intestinal.

Já os exames laboratoriais que devem ser coletados são hemograma, dosagem de eletrólitos e função renal. Eles podem apresentar dados inespecíficos ou orientar para alterações crônicas que explicam a situação, como por exemplo uma anemia de doença crônica que pode fortalecer a hipótese de neoplasia. Um leucograma infeccioso pode

estar presente em casos de infecção secundária à translocação bacteriana e os distúrbios eletrolíticos podem apresentar-se pelas perdas causadas pelos vômitos e obstrução, como uma alcalose metabólica hipoclorêmica, que podem ser a causa de uma obstrução funcional. Quando a obstrução está em fases avançadas, com o estrangulamento de alças, há a leucocitose com desvio à esquerda, acidose metabólica láctica, LDH e amilase elevados.

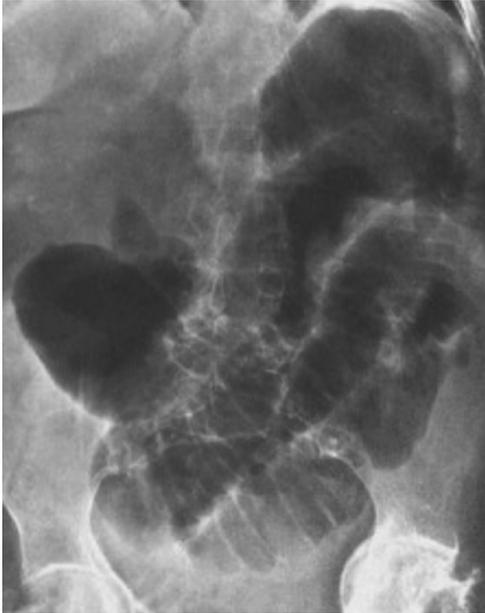


Figura 1 Abdome Agudo Obstrutivo proximal com distensão de delgado e estômago. Fonte: MICHAEL, Y. M. *et al.* (2012, p.231).



Figura 2 Abdome Agudo Obstrutivo distal, volvo de sigmóide, sinal do grão de café. Fonte: MICHAEL, Y. M. *et al.* (2012, p.231).



Figura 3 Enema opaco, sinal da maçã mordida, neoplasia estenosante de sigmóide. Fonte: LOPES, A.C (2006, p. 136).

► TRATAMENTO

Existem duas linhas de abordagem para o tratamento do abdome agudo obstrutivo, o tratamento cirúrgico e o tratamento conservador. A decisão por uma abordagem a outra dependerá da etiologia e do estado geral do paciente, porém é preferível, quando possível, a abordagem conservadora no primeiro momento e caso esta não seja efetiva deve-se lançar mão da cirurgia como medida de tratamento. O tratamento conservador inclui ressuscitação volêmica e correção dos distúrbios hidroeletrólíticos, descompressão intestinal e restrição alimentar do paciente através da sonda naso-gástrica. Esse tratamento pode ser mantido por até 72 horas caso não haja evidência de peritonite ou estrangulamento. Nos casos em que a causa da obstrução se dá por fecaloma pode-se realizar a sua remoção mediante lavagens intestinais.

A intervenção cirúrgica imediata é indicada quando o paciente apresenta vômitos incoercíveis, peritonite, estrangulamento e obstrução intestinal em alça fechada. O não reconhecimento precoce das indicações imediatas de cirurgia podem resultar na piora do quadro clínico e evolução para óbito. A técnica cirúrgica escolhida irá depender de fatores como o estado geral do paciente, a causa da obstrução e se existe sofrimento de alça. É importante se atentar para a presença de critérios de gravidade, em que a presença de três ou mais apresenta alto grau de especificidade para a necessidade de ressecção cirúrgica, são eles: dor abdominal com duração superior a quatro dias, sinais de defesa abdominal, PCR acima de 7,5mg/dL, leucocitose (> 10000), presença de líquido (> 500ml) ou gás intra-abdominal livre e diminuição do realce de contraste em parede abdominal.

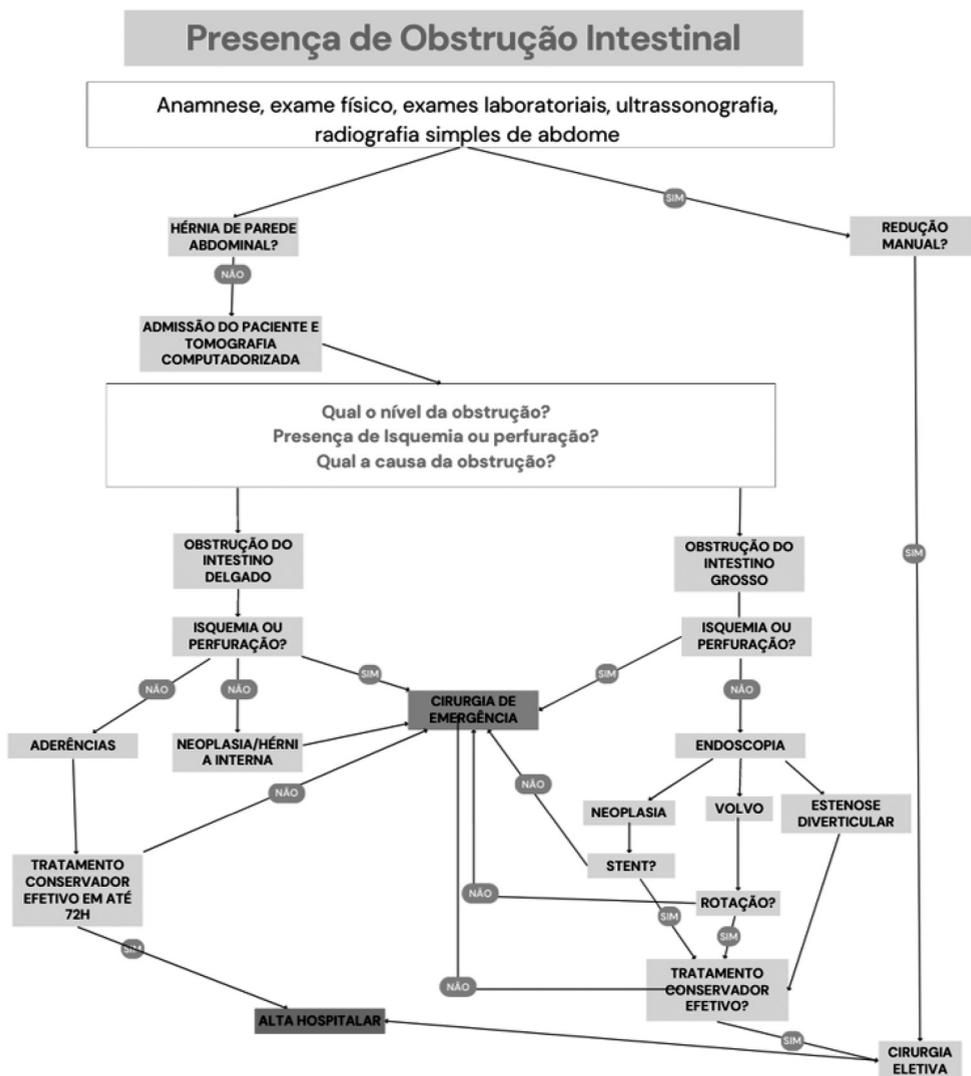


Figura 4 Resumo da abordagem do Abdome Agudo Obstrutivo. Fonte: adaptado de CATENA, DE SIMONE & COCCOLINI (2019).

► REFERÊNCIAS

- CATENA, f., DE SIMONE, b., COCCOLINI, F. *et al.* Bowel obstruction: a narrative review for all physicians. *World J Emerg Surg* 14,20. 2019. <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0240-7>.
- KENDALL, J. & MOREIRA, M (2020). Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. In R Hockberger (Ed.). Uptodate.
- MACALUSO, C.R., McNAMARA, R.M. Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. *Int J Gen Med.* 2012; 5:789-97. doi: 10.2147/IJGM.S25936. Epub 2012 Sep 26. PMID: 23055768; PMCID: PMC3468117.

- MEDINA, M.D., MBA, FACPC., and KALLIATH, OMS-IVM. “The Clinical Management of Acute Mechanical Small Bowel Obstruction”. *Osteopathic Family Physician*, Vol. 7, no. 6, Nov. 2015,
- RASSLAN, Samir; GAMA-RODRIGUES, Joaquim J; MACHADO, Marcel C. C. *Clínica Cirúrgica*. Volume 1; 1ª Ed. Manole, 2008.
- LOPES, A. C.; REIBSCHEID, S.; SZEJNFELD, J. *Abdome Agudo — Clínica e Imagem*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
- Michael Y. M.; Chen, Thomas L.; Pope, David J. Ott; *Radiologia básica – 2. ed*. Porto Alegre: AMGH, 2012.
- PRANDO, Adilson; MOREIRA, Fernando – *Fundamentos de radiologia e diagnóstico por imagem 2. ed*. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
- DE SOUZA, Heraldo Possolo; MARINO, Lucas Oliveira; MARCHINI, Julio Flávio Meirelles; DE ALENCAR, Julio César Garcia. *Medicina de Emergência, Abordagem Prática: Emergências Clínicas*. 13. ed. Barueri, SP: Manole, 2019.
- NETO, Wladimir Roriz; ROCHA, Nayana Nayla Vasconcelos; RABELO, Cristiano de Oliveira. *Protocolo Clínico Gerenciado: Atendimento Inicial ao Paciente com Abdome Agudo, HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL*.2020
- JARVIS, C. *Exame Físico e Avaliação da Saúde*. 7ª ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2020.
- Rogers, Julia DNP, RN, CNS, FNP-BC; Schallmo, Marianne DNP, APRN, ANP-BC. Entendendo os diagnósticos mais comumente faturados na atenção primária: Dor abdominal. *The Nurse Practitioner* 46 (1):p 13-20, janeiro de 2021.
- FISHMAN, Maria B; ARONSON, Mark D. *Diagnóstico diferencial de dor abdominal em adultos (2004)*. Uptodate.