

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

MARCEL MINARINI MILAGRES

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO CIRÚRGICO DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES - HUCAM

VITÓRIA

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

MARCEL MINARINI MILAGRES

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO CIRÚRGICO DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES - HUCAM

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Espírito Santo,
para obtenção do título de Especialista
em Cirurgia Geral.

Orientador: Dr Paulo Alves Bezerra de
Moraes

VITÓRIA

2019

Dedico este trabalho aos meus pais, minha noiva, amigos e incentivadores da minha jornada acadêmica e alicerce para a vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos **meus pais** pelo apoio e compreensão durante o período de conclusão desta especialização;

Ao meu orientador, **Dr Paulo Alves Bezerra de Moraes**, pela agradável companhia, pelos ensinamentos transmitidos e pelo auxílio na conclusão desta monografia;

À **Universidade Federal do Espírito Santo** e ao **programa de Cirurgia Geral** por agregarem substancialmente à minha carreira;

À equipe do **Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes**, por me receberem e permitirem a realização do presente trabalho;

Aos **pacientes** envolvidos neste estudo por, mesmo sem saberem, contribuírem para o avanço da ciência brasileira e para a ampliação dos conhecimentos acerca do tema aqui proposto.

ΕΠΙΓΡΑΦΕ

RESUMO

MILAGRES MM. Perfil epidemiológico de abdome agudo obstrutivo cirúrgico do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – HUCAM [Monografia]. Especialização em Cirurgia Geral. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo. 43 folhas. 2019

O quadro de abdome agudo não traumático é caracterizado por dor na região abdominal, de aparecimento súbito e de intensidade variável associada ou não a outros sintomas com menos de sete dias de duração. Divide-se em cinco tipos sindrômicos: inflamatório, perfurativo, obstrutivo, vascular e hemorrágico, em que cada tipo possui etiologias diversas. Apesar de ter diversos fatores como desencadeadores, todos os tipos requerem diagnóstico precoce e assertivo devido ao alto risco de isquemia, perfuração e peritonite, que podem levar o paciente ao óbito, configurando-o assim como uma condição emergencial. O presente estudo, de natureza descritiva, avaliou o prontuário de 66 pacientes diagnosticados com abdome agudo obstrutivo (AAO) atendidos no serviço emergencial do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes entre o período de Outubro de 2016 a Agosto de 2018. Os resultados obtidos evidenciaram que dos pacientes operados por AAO eram, em sua maioria, residentes da Grande Vitória (87,9%), do sexo feminino (54,5%), com idade média de 55,4 anos, que haviam realizado cirurgia prévia (62,1%), sendo brida pós-operatória a causa mais frequente de obstrução (40,9%). Os achados evidenciaram ainda que 70,77% da amostra analisada apresentou obstrução intestinal alta (OIA) e 63,8% não desenvolveu complicações decorrentes da cirurgia, porém, entre os pacientes que tiveram complicações, coleção intra-abdominal foi mais frequente em pacientes com OIA (41,2%) enquanto que os pacientes com OIB estavam mais propensos a eventração/evisceração (55,6%). O presente estudo impulsiona a delimitação de novos trabalhos e contribui para a ampliação dos conhecimentos acerca do abdome obstrutivo.

Palavras-chave: Abdome agudo obstrutivo; epidemiologia; etiologia.

ABSTRACT

MILAGRES MM. Peril epidemiológico de abdome agudo obstrutivo cirúrgico do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – HUCAM [Monograph]. Specialization in General Surgery. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo. 43 pages. 2019

The acute abdomen non-traumatic is characterized by diffuse abdominal pain and with sudden onset and of varying intensity associated or not to other symptoms with less than seven days duration. It is divided in five types of syndrome: inflammatory, perforative, obstructive, vascular and hemorrhagic, in that each type has several etiologies. Despite having several factors as triggers, all types require early diagnosis and assertive because of the high risk of ischemia, perforation and peritonitis, which may lead the patient to death by setting it as an emergency condition. The present study, descriptive nature, evaluated the record of 66 patients diagnosed with obstructive acute abdomen (OAA), admitted in to the emergency service of the Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) between October of 2016 and August of 2018. The results showed that the patients operated by OAA are, in your most, residents of the of greater Victoria (BR) (87.9%), female (54.5%), with an average age of 55.4 years, who had done previous surgery (62.1%) postoperative flange to most frequent cause of obstruction (40.9%). The findings also evidenced that 70.77% of the sample presented high intestinal obstruction (OIA) and 63.8% did not develop complications resulting from surgery for bowel clearance, but, among patients who had complications, intra-abdominal collection was more frequent in patients with OIA (41.2%) while patients with OIB were more prone to eventration/evisceration (55.6%). The present study boosting the delineation of new work and contribute to the expansion of knowledge about the abdomen obstructive.

Keywords: acute obstructive abdomen; epidemiology; etiology.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Tomografia computadorizada evidenciando abdome de pacientes com obstrução intestinal por aderência de alças intestinais.....16
- Figura 2.** Tomografia computadorizada evidenciando abdome de pacientes com obstrução intestinal por aderência de alças intestinais.....17
- Figura 3.** Tomografia de abdome em paciente com obstrução intestinal por volvo secundário à má-rotação intestinal.....18
- Figura 4.** Tomografia de abdome evidenciando obstrução intestinal por intussuscepção jejunojejunal19
- Figura 5.** Radiografia simples e tomografia computadorizada evidenciando a obstrução do hemicólon por massa oval20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra: Números absolutos e percentuais.	27
Tabela 2. Caracterização da amostra: Descrição das variáveis métricas.....	28
Tabela 3. Caracterização da amostra: Números absolutos e percentuais, segundo complicações.....	29
Tabela 4. Caracterização da amostra: Estatísticas segundo localização da obstrução	29
Tabela 5. Caracterização da amostra: Números absolutos e percentuais segundo localização da obstrução.....	30
Tabela 6. Caracterização da amostra: Números absolutos e percentuais segundo localização da obstrução.....	31
Tabela 7A. Caracterização da amostra: Números absolutos e percentuais segundo diagnóstico de obstrução: brida, hérnia estrangulada e hérnia interna.....	32
Tabela 7B. Caracterização da amostra: Números absolutos e percentuais segundo diagnóstico de obstrução: miscelânea, neo colon e volvo sigmóide.....	33
Tabela 8. Teste de normalidade (p-valores) para Idade	35
Tabela 9. Estatísticas descritivas da Idade segundo Complicações e Diagnóstico e resultados dos testes de comparação.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS

AAO	Abdome agudo obstrutivo
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
OIA	Obstrução intestinal alta
OIB	Obstrução intestinal baixa
RM	Ressonância magnética
TC	Tomografia computadorizada
USG	Ultrassonografia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3 REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1 Causas da obstrução intestinal	13
3.2 Quadro clínico	14
3.3 Diagnóstico	14
3.4 Tratamento	20
4 MÉTODOS	24
4.1 Estratégia de busca para a fundamentação teórica	24
4.2 Seleção de prontuários	24
4.3 Coleta de dados	25
4.4 Critérios de inclusão	25
4.5 Critérios de exclusão	25
4.6 Metodologia estatística	26
5 RESULTADOS	27
5.1 Dados epidemiológicos	27
5.2 Dados etiológicos: OIA X OIB	29
5.3 Causas de obstrução	32
6 DISCUSSÃO	37
CONCLUSÕES	39
REFERÊNCIAS	40
ANEXOS	42
Anexo 1. Questionário de triagem dos prontuários	42

1. INTRODUÇÃO

Dor abdominal é uma das causas mais frequentes nas unidades de urgência e emergência em todo o mundo, representando um dos maiores desafios diagnósticos na área médica (HARDY et al., 2013). Por tratar-se de uma condição médica de alta gravidade, requer profissionais devidamente capacitados e propedêutica sistematizada (MACALUSO; McNAMARA, 2012; TIROTTA, 2016).

A dor abdominal pode ser classificada como aguda ou crônica, dependendo do tempo de evolução, sendo o quadro clínico agudo definido como uma dor na região abdominal, não traumática, de aparecimento súbito ou progressivo e intensidade variável, que pode estar associada ou não a outros sintomas no período inferior a sete dias de duração (HARDY et al., 2013).

Uma avaliação minuciosa é necessária durante a avaliação do paciente com queixa de abdome agudo, a fim de determinar a causa mais provável dos sintomas e definir a necessidade ou não de abordagem cirúrgica de urgência (HARDY et al., 2013).

O quadro clínico varia de alterações benignas a distúrbios extremamente graves, de modo que o diagnóstico deve incluir anamnese, exame físico, preferencialmente acompanhados de exames laboratoriais e de imagem (CARTWRIGHT; KNUDSON, 2008; FERES; PARRA, 2008).

Com base na apresentação clínica, o abdome agudo é dividido cinco síndromes: inflamatória, perfurativa, obstrutiva, vascular e hemorrágica (FERES; PARRA, 2008).

O presente trabalho manterá seu enfoque na síndrome obstrutiva, a qual é caracterizada pela interrupção do fluxo normal do conteúdo intestinal. Obstrução tal que pode ocorrer ao longo de todo o trato gastrointestinal, com alto potencial de isquemia, perfuração e peritonite, configurando-a como uma condição emergencial (FERES; PARRA, 2008).

Sabe-se que o diagnóstico precoce e assertivo são determinantes para o desfecho do quadro (FERES; PARRA, 2008), de modo que estudos sobre o tema podem potencializar o conhecimento de profissionais da rotina emergencial e otimizar o atendimento aos pacientes com a síndrome do abdome obstrutivo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Contribuir com a ampliação dos conhecimentos disponíveis acerca da síndrome do abdome agudo obstrutivo cirúrgico.

2.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil epidemiológico e etiológico dos pacientes com abdome agudo obstrutivo, admitidos no serviço de emergência cirúrgica do Hospital Universitário Cassiano Moraes em Vitória, no Espírito Santo (BR);
- Analisar comparativamente os dados obtidos no presente trabalho com os dados existentes sobre o assunto na literatura médica.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Causas da obstrução intestinal

A obstrução intestinal dá-se por diversas condições que acomete igualmente os sexos e faixas etárias. A principal delas é a aderência entre as alças intestinais, também denominadas de brida, que corresponde a aproximadamente 75% dos casos e está associada a cirurgias abdominais prévias. Estima-se que em torno de 15% dos pacientes que foram submetidos à laparotomia serão novamente admitidos no serviço de urgência com quadros obstrutivos; pela aderência das alças intestinais e esse percentual torna-se ainda mais expressivo ao longo dos anos, de modo que passada uma década da laparotomia, a previsão é que 40% dos pacientes retornem ao centro cirúrgico (BRUNETTI; SCARPELINI, 2007; CRISPÍN-TREBEJO et al., 2014).

Os outros 25% dos casos, compõem-se pela ocorrência de hérnias, fecalomas, neoplasias, doença de Chagas, doença de Crohn, volvos, intussuscepção, íleo biliar, entre outros (CRISPÍN-TREBEJO et al., 2014).

As hérnias são protusões viscerais da cavidade abdominal ou perineal que se formam a partir de abertura peritoneal ou mesentérica normal ou anormal. Elas representam cerca de 0,5 a 4,1% dos casos de obstrução intestinal (CRISPÍN-TREBEJO et al., 2014).

Os fecalomas, massas fecais enrijecidas, como causa de obstrução intestinal são raros e estão geralmente associados às doenças de Hirschsprung, de Chagas, algumas condições inflamatórias e neoplásicas, sendo também encontrados em pacientes psiquiátricos e em pacientes com constipação crônica (MUSHTAQ et al., 2015).

Os volvos, torções das alças intestinais, ocorrem principalmente na presença de megacólon chagásico e também são causas mais raras de obstrução intestinal (GABRIEL, 2003).

Já a intussuscepção intestinal, caracterizada pela invaginação da alça proximal e parte de seu mesentério para o interior do lúmen da alça distal, é rara em adultos mas comum em crianças. Detém entre 1 e 5% dos casos de obstrução intestinal e, na maioria das vezes, é secundária a uma lesão com potencial malignidade (BOUDIAF et al., 2001; HANAN et al., 2007).

Enquanto que o bezoar, composto sólido formado por substâncias não digeridas como cabelos, alguns fármacos, substâncias exógenas a exemplo de celulose e outros, corresponde a 4% dos casos de obstrução intestinal. É possível encontrar na literatura referências com a sinonímia “ corpo estranho” (WANG et al., 2015).

3.2 Quadro clínico

A apresentação clínica é típica, evolutivamente costuma incluir dores abdominais difusas tipo cólica, náuseas, vômitos, parada de eliminação de flatos, de fezes, e distensão abdominal progressiva (BRUNETTI; SCARPELINI, 2007).

Os vômitos iniciam-se com a expulsão do conteúdo gástrico, seguido de bile e a medida em que o quadro avança, podem chegar a apresentar características fecaloides (BRUNETTI; SCARPELINI, 2007).

Os ruídos hidroaéreos são inicialmente aumentados com timbre metálico, podendo estar ausentes em quadros mais avançados (BRUNETTI; SCARPELINI, 2007).

3.3 Diagnóstico

A anamnese deve conter o histórico do paciente sobre comorbidades, passado cirúrgico e uso de medicamentos. Ao exame físico, nota-se grande distensão abdominal, timpanismo à percussão e dor difusa à palpação na região mesogástrica (BRUNETTI; SCARPELINI, 2007; FERES; PARRA, 2008).

A avaliação da dor é o principal componente para o direcionamento diagnóstico de abdome agudo obstrutivo e caracterizá-la quanto a sua localização, duração e grau de intensidade contribui para o diagnóstico diferencial com algumas doenças, a exemplo da doença renal ou ureteral, cuja dor localiza-se nos flancos, colecistite e pancreatite, cuja dor é no porção abdominal superior e casos de cistos ovarianos, diverticulite e abscessos dos tubos ovarianos, cuja dor é referida na porção abdominal inferior (BRUNETTI; SCARPELINI, 2007; FERES; PARRA, 2008).

É preciso ressaltar que a avaliação da dor é um critério importante para o diagnóstico em estágio inicial, mas a medida em que a doença evolui sua contribuição pode ser comprometida pela possibilidade de peritonite (FERES; PARRA, 2008).

As informações coletadas no exame físico aliadas aos apontamentos históricos contidos na anamnese auxiliam na identificação de prováveis etiologias e tornam o diagnóstico mais assertivo (FERES; PARRA, 2008).

A avaliação laboratorial visa identificar possíveis agentes infecciosos e analisar as condições hidroeletrólíticas do organismo, sendo importante para a avaliação do estado geral do paciente, mas é um determinante no quadro de abdome agudo obstrutivo. Os exames laboratoriais são constituídos por: hemograma, ureia, creatinina, íons, PCR, lactato desidrogenase (LDH) e creatinoquinase (CK) (CATENA et al., 2011).

Na presença de sinais sistêmicos de sepse devem ser incluídos: gasometria arterial e venosa, lactato sérico, bilirrubina total e frações, coagulograma e glicemia. Os exames podem ser mais úteis para avaliar a gravidade do quadro do que para diagnosticar a causa da doença. Valores de LDH, CK e lactato podem ser úteis para avaliar a isquemia de alça intestinal. A elevação de lactato sérico ocorre mais tardiamente, na presença de infarto intestinal, sendo o mais sensível dos três exames para isquemia (CATENA et al., 2011).

Na avaliação anorretal, a inspeção pode indicar sinais sugestivos de constipação intestinal e o toque retal permite avaliar o tônus esfinteriano, a mucosa retal e a consistência das fezes quando presentes (MENEGHELLI, 2003).

Já os exames de imagem podem fornecer informações de grande valia para o fechamento diagnóstico e direcionamento cirúrgico (MENEGHELLI, 2003). Abaixo seguem destacadas as causas de AAO e sua correlação com os diferentes exames de imagem:

Aderências intestinais

A radiografia simples possui sensibilidade de 79 a 83% e especificidade de 67 a 83% para o diagnóstico de obstrução intestinal por aderência, mas em geral não é possível identificar em qual local as alças estão aderidas (CATENA et al., 2011).

A ultrassonografia (USG) e a ressonância magnética (RM) podem ser úteis para os pacientes com contra-indicação ao uso de contraste iodado ou que não possam realizar TC. O uso de exames contrastados com contrastes solúveis em água pode ser útil para avaliar presença de perfuração e, dessa forma, prever o tratamento (MENEGHELLI, 2003; CATENA et al., 2011).

A tomografia computadorizada (TC) com contraste oral e endovenoso possibilita localizar a aderência, avaliar a severidade, identificar a causa e reconhecer as complicações da obstrução intestinal. Apresenta de 90 a 94% de sensibilidade e especificidade de 96% (CATENA et al., 2011).

Também é possível utilizar tomografia computadorizada sem contraste para pacientes com contra-indicação ao contraste iodado, aliando a rapidez do exame radiológico simples à alta resolução espacial para análise de partes moles (MENEGHELLI, 2003; CATENA et al., 2011).

A seguir, a figura ilustra os achados de tomografia computadorizada de pacientes com obstrução por aderência intestinal:



Figura 1. Tomografia computadorizada evidenciando abdome de pacientes com obstrução intestinal por aderência de alças intestinais. **Imagem A:** apresenta importante distensão de alça de delgado com líquido e ar no interior (l). Alças de delgado colapsadas (C) podem ser observadas na zona de transição. A **imagem B:** apresenta alças de delgado repletas de líquido (S) na zona de transição próxima a região de íleo distal (setas brancas). **Fonte:** Boudiaf et al., 2001.

Hérnias

A tomografia é o exame padrão-ouro para o diagnóstico de hérnia interna abdominal, sua especificidade é de 76%, a sensibilidade de 63% e acurácia de 77% para hérnias trans-mesentéricas (AKYILDIZ et al., 2009).

Os achados incluem: deslocamento do tronco mesentérico na direção da hérnia; vasos mesentéricos alongados, ingurgitados e agrupados; capsulação anormal de alças intestinais na cavidade peritoneal; estase e ausência de progressão do contraste intraluminal associado a distensão de alça (AKYILDIZ et al., 2009).

A seguir, a figura ilustra os achados de tomografia computadorizada de pacientes com obstrução por hérnia interna abdominal (AKYILDIZ et al., 2009):

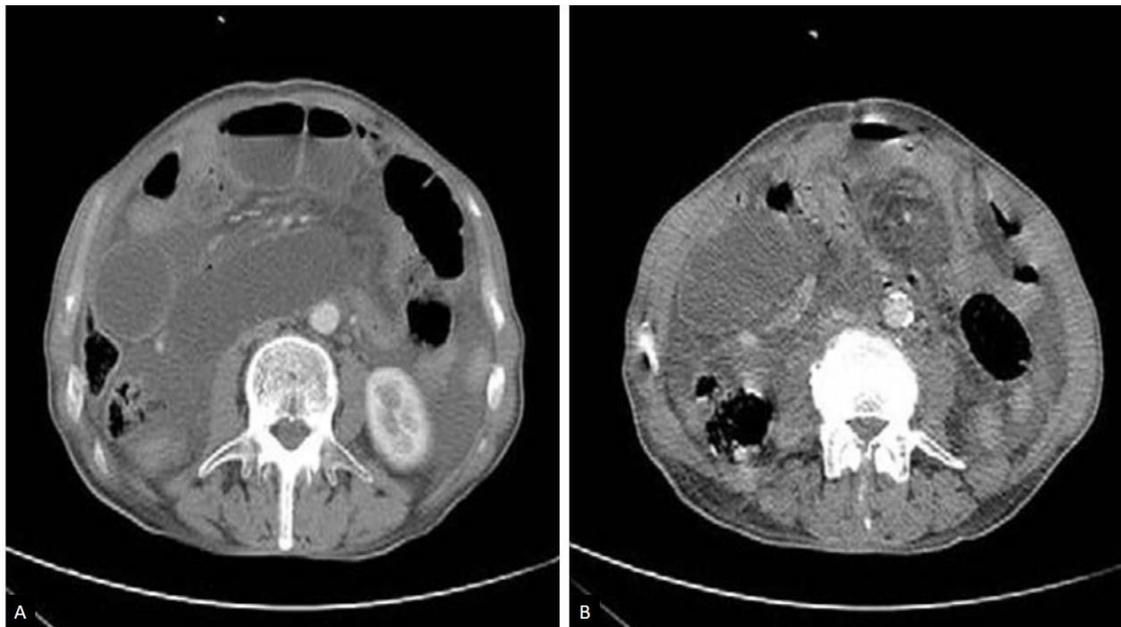


Figura 2. Tomografia computadorizada do abdome de pacientes com obstrução intestinal por hérnia abdominal interna. A figura A evidencia as alças intestinais distendidas e com níveis hidroaéreos e a figura B evidencia vasos mesentéricos distorcidos em “sinal de redemoinho”. **Fonte:** Akyildiz et al., 2009.

Volvo

as imagens radiográficas geralmente apresentam distensão de alça intestinal, com alça em forma de U ou distribuição radial de alças distendidas, e não distensão de alças abaixo do ponto de obstrução do volvo. Para os casos em que a radiografia é inconclusiva, pode-se realizar enema contrastado ou tomografia de abdome. No exame contrastado com contraste solúvel em água, observa-se ponto de afunilamento gradual, conhecido como bico de pássaro, representando o ponto de torção. Os achados tomográficos do volvo incluem, além da configuração em forma de U ou distribuição radial de alças distendidas: alças repletas de líquido convergindo para a área de torção e mesentério agrupado ao redor do ponto de torção. A tomografia pode ainda auxiliar no diagnóstico de isquemia de alça intestinal (VOGEL et al., 2016).

A seguir, a figura ilustra os achados de tomografia computadorizada de pacientes com obstrução por volvo intestinal:



Figura 3. Tomografia de abdome em paciente com obstrução intestinal por volvo secundário à má-rotação intestinal. A figura A apresenta o intestino delgado posicionado à direita (S) e o cólon à esquerda (C). A figura B evidencia o 'sinal do redemoinho' (seta branca), achado altamente característico de volvo intestinal. **Fonte:** Boudiaf et al., 2001.

Intussuscepção

O diagnóstico de certeza é baseado nos achados cirúrgicos, contudo, os exames de imagem e procedimentos minimamente invasivos podem auxiliar na suspeita diagnóstica. A radiografia simples de abdome, com contraste, ultrassonografia, tomografia computadorizada, endoscopia e colonoscopia podem revelar o segmento de obstrução (HANAN et al., 2007).

A colonoscopia pode ajudar nos casos de obstrução colônica. A ultrassonografia sugere o diagnóstico ao encontrar o 'sinal do alvo' na visão transversa ou o 'sinal do pseudorim' na visão longitudinal (HANAN et al., 2007).

A seguir, a figura ilustra o aumento de densidade do segmento acometido, com edema de parede intestinal e mesentério em "sinal de alvo" vistos em tomografia computadorizada (HANAN et al., 2007):



Figura 4. Tomografia de abdome evidenciando obstrução intestinal por intussuscepção jejunojejunal. Na figura, a intussuscepção está evidenciada pelo "sinal de alvo" (seta branca), a área de hipoatenuação representa gordura mesentérica intussusceptada (cabeça de seta branca) e a dilatação intestinal também é observada (S). **Fonte:** Boudiaf et al., 2001.

Fecalomas e bezoar

Em casos de fecalomas, a radiografia simples de abdome é suficiente para evidenciar múltiplos níveis hidroaéreos e fezes abundantes no lúmen intestinal, permitindo o fechamento diagnóstico. Já em casos da presença de bezoar, a

radiografia simples pode demonstrar sinais de obstrução do intestino delgado ou colônica, dependendo de sua localização. É sinal patognomônico de bezoar obstructivo o achado de massa intraluminal focal com aparência de pontos de gás de permeio ao nível da zona de transição, medindo aproximadamente 3x5cm e pode-se observar também o “sinal das fezes no intestino delgado”.

A tomografia computadorizada, por sua maior sensibilidade e especificidade, é capaz de identificar massa intraluminal com pontos de gás de permeio na quase totalidade dos pacientes. Permite ainda identificar o ponto de obstrução, revelar o bezoar como a causa da obstrução intestinal e detectar a existência de outros bezoares (BALA; APPELBAUM; ALMOGY, 2008).

A seguir, a figura ilustra os achados de uma radiografia e uma tomografia computadorizada de pacientes com obstrução por bezoar.

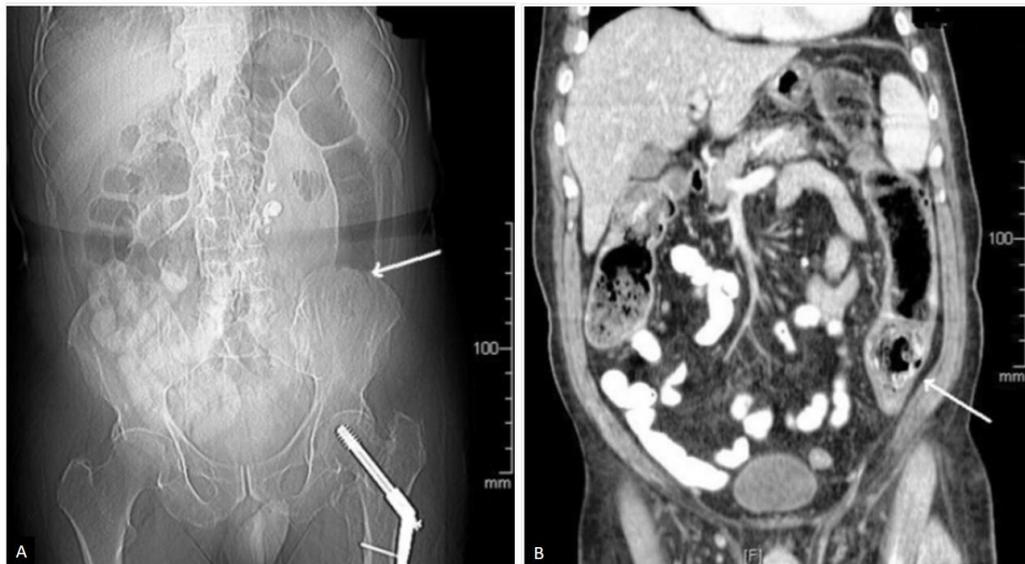


Figura 5. Imagem A: Radiografia simples evidenciando a obstrução do hemicólon esquerdo com alças de intestino grosso distendidas até uma massa oval intraluminal com gás de permeio no cólon descendente. Não há ar ou conteúdo fecal além desse ponto. Na imagem B, através de tomografia computadorizada observa-se a mesma massa oval com padrão mosqueado de gás em seu interior em cólon descendente. O cólon distal ao foco de obstrução está colapsado. **Fonte:** Bala (2008).

3.4 Tratamento

O tratamento inicial de qualquer tipo de obstrução intestinal, independente da etiologia, consiste em reposição hídrica vigorosa e restabelecimento hidroeletrólítico,

jejum e descompressão do trânsito intestinal com passagem de sonda nasogástrica. Uma vez identificada a etiologia, as medidas terapêuticas seguem diferenciadas (BRUNETTI; SCARPELINI, 2007):

Aderências intestinais

A sonda nasogástrica (SNG) deve ser mantida entre 24 e 48 horas. A presença de ascite, obstrução completa do intestino delgado (ausência de ar no cólon), aumento dos níveis de CK e SNG com débito maior que 500 ml no terceiro dia são considerados fortes preditores de falha terapêutica, para tanto, devem ser cuidadosamente observados.

Para os pacientes sem resolução ou com piora progressiva, deve-se avaliar a necessidade de abordagem cirúrgica. A cirurgia está indicada na presença de líquido intraperitoneal, edema mesentérico, alça intestinal desvascularizada e ausência do sinal de fezes no intestino delgado na tomografia, associado a história de vômitos, dor abdominal severa, defesa abdominal e leucocitose. A cirurgia para lise de aderências pode ser realizada por via laparotômica ou laparoscópica. A ressecção intestinal com anastomose primária deve ser realizada na evidência de sofrimento de alça intestinal (BRUNETTI; SCARPELINI, 2007. CATENA et al., 2011).

Hérnia

Em vias gerais, opta-se pelo tratamento cirúrgico devido a maior incidência de isquemia intestinal. O tratamento consiste na descompressão da hérnia, avaliação da viabilidade da alça intestinal acometida, e pexia de alça intestinal se necessário. A presença de isquemia após a descompressão da hérnia, ou de necrose, indicam a necessidade de ressecção intestinal segmentar com anastomose primária (CRISPÍN-TREBEJO et al., 2014).

Volvo

Nos casos em que nota-se ausência de isquemia colônica ou perfuração, o tratamento inicial para os casos de volvo colônico de sigmoide é a distorção endoscópica, que é efetiva em 60 a 95% dos pacientes. A manobra pode ser realizada por sigmoidoscópio rígido ou flexível ou até mesmo por colonoscopia. Após o procedimento, deve-se manter uma sonda retal por um a três dias, a fim de manter a redução, permitir a descompressão continuada e facilitar o preparo intestinal se necessário. O volvo de sigmoide tem alto risco de recorrência variando de 3 a 75%, dessa forma, a cirurgia deve ser avaliada para cada caso isoladamente, levando em consideração os riscos e benefícios da abordagem cirúrgica. Dependendo do local de acometimento do volvo e da viabilidade da alça intestinal acometida, pode-se realizar descompressão com pexia de alça intestinal, ressecção com anastomose primária, ressecção com colostomia ou ileostomia terminal seguida de anastomose em segundo momento (VOGEL et al., 2016).

Intussuscepção

A cirurgia é mandatória, a fim de se identificar uma lesão orgânica, uma vez que o diagnóstico pré-operatório é inconclusivo. Para os casos de intussuscepção colônica, a ressecção intestinal deve ser realizada em bloco com finalidade oncológica pelo alto risco de lesão neoplásica, presente em 70 a 90% dos casos. Já para os casos envolvendo o intestino delgado, mais de 60% das lesões precursoras são benignas, incluindo lesões inflamatórias, estromais e aderências. Para estes casos, o tratamento inicial é a redução. Na presença de sinal de isquemia, perfuração ou malignidade, a ressecção com anastomose primária está indicada. O tratamento deve ser individualizado para os casos de aderências, divertículos e pólipos benignos (HANAN et al., 2007).

Fecalomas

A maioria dos casos de impactação fecal é tratada de maneira conservadora. O tratamento consiste de descanso intestinal, dietas laxativas, medicamentos laxativos, enema e evacuação digital. Pode-se utilizar enteroclistmas conforme o

volume de fecaloma. Dificuldade técnica de evacuação digital ou na presença de dor de forte intensidade, o procedimento deve ser realizado no centro cirúrgico sob raquianestesia. Em casos de não resposta ao tratamento clínico e na presença de distensão intestinal importante com suspeita de sofrimento de alça intestinal, realiza-se a cirurgia. Durante o ato cirúrgico, pode-se realizar enterotomia ou colotomia com evacuação do fecaloma seguido de rafia de alça, ou ressecção com anastomose primária ou em segundo momento, dependendo do segmento de alça acometido (MUSHTAQ et al., 2015).

Bezoar ou corpo estranho

O método para retirada do bezoar depende do local de impactação, tamanho, natureza e complicações relacionadas, o tratamento conservador inclui enema e evacuação manual, mas quando há falha terapêutica com o enema, utiliza-se remoção por via colonoscópica (BALA; APPELBAUM; ALMOGY, 2008).

A cirurgia está reservada para os casos de falha no tratamento clínico, e para pacientes com complicações potencialmente graves como volvo de sigmoide, hematoquezia ou peritonite. Nesses casos, pode-se utilizar de colotomia ou enterotomia com extração do bezoar, ou ressecção intestinal com anastomose primária quando associado a isquemia ou perfuração (BALA; APPELBAUM; ALMOGY, 2008).

Os tratamentos cirúrgicos, além da retirada do bezoar, pela presença de transdutor adaptável ao parênquima hepático possibilitam identificar pequenas lesões não detectadas nos exames pré-operatórios (FONSECA-NETO, 2014).

4. MÉTODOS

O presente estudo é de natureza observacional, retrospectivo e descritivo realizado a partir da revisão de prontuários médicos dos pacientes admitidos no serviço emergencial do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), situado em Vitória – ES, durante vinte e dois meses, compreendidos ao período de outubro de 2016 a agosto de 2018.

4.1 Critérios de busca para a fundamentação teórica

O embasamento teórico deste estudo é fundamentado em uma revisão integrativa da literatura acerca da síndrome do abdome agudo obstrutivo, a qual visa reunir textos científicos relevantes sobre o tema e permitir que os resultados provenientes da coleta de prontuários possa ser avaliado comparativamente com resultados de outros estudos já publicados.

Para o embasamento teórico-científico robusto foram utilizadas referências disponíveis nas bases de dados LILACS, MEDLINE, PUBMED e SCIELO, publicados nos idiomas português e inglês durante a última década (2009-2019).

4.2 Seleção de prontuários

Foram selecionados todos os prontuários de pacientes submetidos a cirurgia cujo diagnóstico foi de abdome agudo obstrutivo, admitidos na emergência do HUCAM no período de outubro de 2016 a agosto de 2018.

A partir de um banco de dados em Excel contendo apenas as cirurgias realizadas, sem os diagnósticos, buscou-se por cirurgias relativas à síndrome do abdome agudo obstrutivo. Foram selecionadas então, as seguintes cirurgias: colostomias, colectomias, enterectomias, lise de aderências e laparotomia exploradora e posteriormente chegou-se ao diagnóstico desejado.

Foi selecionado o total de 381 prontuários de pacientes submetidos às cirurgias citadas acima. Desse total, 66 pacientes apresentaram o diagnóstico de abdome agudo obstrutivo com necessidade de abordagem cirúrgica.

4.3 Coleta de dados

Os dados foram extraídos dos prontuários selecionados conforme questionário desenvolvido para a pesquisa (ANEXO 1).

4.4 Critérios de inclusão

- Prontuários de pacientes que realizaram colostomia, enterectomia, lise de aderências ou laparotomia exploradora, todas realizadas em regime emergencial;
- Prontuários que continham relato de sinais e sintomas relativos ao quadro de abdome obstrutivo, tais quais: não eliminação de fezes e flatos, distensão abdominal e vômitos;
- Prontuários que continham achados de imagem relativos ao quadro de abdome obstrutivo, tais quais: níveis hidroaéreos, obstrução intestinal mecânica e afins.

4.5 Critérios de exclusão

- Prontuários de pacientes que realizaram colostomia, enterectomia, lise de aderências ou laparotomia exploradora eletiva;
- Prontuários de pacientes que realizaram cirurgias não compatíveis com o diagnóstico de abdome obstrutivo;
- Prontuários de pacientes cujos sinais e sintomas não condizem com o diagnóstico de abdome obstrutivo;
- Prontuários de pacientes admitidos no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes em data não estabelecida no período de outubro de 2016 a agosto de 2018.

4.6 Metodologia estatística

A análise dos dados foi composta por uma análise descritiva, onde as variáveis categóricas foram expressas pelas suas frequências absolutas e relativas. A distribuição das variáveis métricas foi avaliada mediante a determinação de suas medidas de posição central e variabilidade (mediana, média e desvio padrão).

A comparação entre variáveis categóricas foi realizada por meio do teste Qui-quadrado, exceto quando os resultados menores do que cinco foram esperados para a hipótese nula. Para essa situação utilizou-se o teste Exato de Fisher ou a razão da máxima verossimilhança caso a variável de exposição tenha admitido mais de duas categorias. O p-valor significativo considerado foi ($< 0,050$).

Para os cruzamentos da Idade com variáveis categóricas foram utilizados os testes t para médias e a ANOVA (Análise de Variância).

5. RESULTADOS

5.1 Dados epidemiológicos gerais

A amostra do presente trabalho é composta pelo total de 66 prontuários de pacientes diagnosticados com abdome agudo obstrutivo, que passaram por abordagem cirúrgica no período de Outubro de 2016 a Agosto de 2018 no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - HUCAM.

A análise estatística dos dados gerais dos pacientes evidenciou que pouco mais da metade 54,5% (n=36) eram do sexo feminino, com idade média de 55,46 (+15,25) anos e 62,1% (n=41) tinham histórico de cirurgias prévias.

Foram identificados pacientes de Afonso Cláudio, Alegre, Cariacica, Guaçuí, Guarapari, Nova Venécia, Santa Maria, Serra, Vila Velha e Vitória, constituindo amostra cujo maior percentual (87,9%, n=58) é proveniente da grande Vitória.

Das causas de obstrução, a formação de bridas pós-operatória foi a mais comum, presente em 40,9% (n=27), seguida por neoplasia colorretal 22,7% (n=15), Hérnia encarcerada/estrangulada, 12,1% (n=8), Hérnia interna, 7,6% (n=5), Volvo sigmoide, 6,1% (n=4). Outros diagnósticos menos comuns, a exemplo de entorse de jejunostomia, tuberculose intestinal, divertículo de Meckel e doença de Chron, que juntos correspondem a 10,6% da presente amostra, equivalente a 7 casos.

Sobre o período de estadia na unidade hospitalar, o tempo médio de internação foi de 14,85 dias (+15,45) e a maior parte dos pacientes, 54,5% (n=36) teve um tempo de internação entre 1-10 dias. É importante ressaltar que 39,4%, (n=26) da amostra apresentou complicações pós-operatórias e 16,7% (n=11) dos pacientes evoluíram ao óbito. Os dados supracitados encontram-se destacados nas tabelas 1,2 e 3.

Tabela 1 – Caracterização da amostra: Números absolutos e percentuais.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	30	45,5
Feminino	36	54,5
Cirurgia Prévia		
Não	25	37,9

Sim	41	62,1
Procedência		
Vitória	24	36,4
Grande Vitória	34	51,5
Interior do Estado	8	12,1
Diagnóstico		
Brida	27	40,9
Hérnia Encarcerada / Estrangulada	8	12,1
Hérnia Interna	5	7,6
Miscelânea	7	10,6
Neo Colon	15	22,7
Volvo Sigmóide	4	6,1
Tempo de internação		
1 a 5	21	31,8
6 a 10	15	22,7
11 a 20	11	16,7
21 a 30	8	12,1
Mais que 30	10	15,2
Sem informação	1	1,5
Óbito		
Não	55	83,3
Sim	11	16,7
Total	66	100,0

A seguir, na tabela 2, foram detalhadas as variáveis de faixa etária e período de estadia na unidade hospitalar, evidenciando que a idade variou de 21 a 85 anos, uma media de 55 anos e o tempo de internação de 2 a 90 dias, com media de 14 dias.

Tabela 2 – Caracterização da amostra: Descrição das variáveis métricas.

Variáveis	N	Menor Valor	Maior Valor	Mediana	Média	Desvio- Padrão
-----------	---	----------------	----------------	---------	-------	-------------------

Idade	65	21	85	54,00	55,46	15,25
Tempo de internação	65	2	90	9,00	14,85	15,45

As complicações pós-cirúrgicas foram quantificadas na tabela 3, evidenciando que 60,6% dos pacientes não tiveram complicações, mas dos que obtiveram complicações a presença de coleção intra-abdominal foi a mais frequente (42,3%).

Tabela 3 – Caracterização da amostra: Números absolutos e percentuais, segundo complicações.

Variáveis	n	%
Complicações		
Não	40	60,6
Sim	26	39,4
Total	66	100,0
Quais?		
Coleção Intra-Abdominal	11	42,3
Eventração / Evisceração	9	34,6
Infecção de ferida operatória	6	23,1
Total	26	100,0

Pode-se afirmar que o grupo de indivíduos com complicações tem maior idade média do que o grupo que não tiveram complicações ($p=0,02$), como observado na tabela 4.

Tabela 4 – Estatísticas descritivas da Idade segundo Complicações e resultados dos testes de comparação.

Variáveis	Idade				p-valor	
	n	Mediana	Média	Desvio-padrão		
Complicações	Não	39	49,00	50,82	13,59	0,002*
	Sim	26	61,00	62,42	15,20	

* Teste t para médias

5.2 Dados etiológicos: OIA X OIB

Dentre as análises, avaliou-se também o quadro obstrutivo a partir do parâmetro de localização, onde 70,77% dos pacientes (n=47) apresentou OIA, ou seja, acima da válvula ileocecal e os demais, que correspondem a 29,23% (n=19) apresentaram OIB, abaixo da válvula ileocecal. Pode-se observar também que os pacientes que operaram devido OIB, tiveram um tempo de internação maior do que os que tiveram OIA, conforme a tabela 5.

Tabela 5 – Caracterização da amostra: estatísticas descritivas do Tempo de Internação segundo Obstrução.

Obstrução	N	Menor Valor	Maior Valor	Mediana	Média	Desvio-Padrão
Intestinal Alta	47	2	51	9,00	13,11	12,62
Intestinal Baixa	19	2	90	11,00	19,05	20,58
Total	66	2	90	9,00	14,85	15,45

A análise detalhada entre as variáveis de localização da obstrução (OIA X OIB) identificou-se que tanto na OIA quanto na OIB a predominância de acometimento é no sexo feminino. Já no parâmetro de cirurgias prévias, a maioria (74,5%) possui histórico de cirurgia prévia, diferente da OIB que a maioria (68,4%) não possui histórico de cirurgias prévias. Podemos afirmar, portanto, que cirurgias prévias predispõe a OIA ($p < 0,01$), como observamos na tabela 6.

A procedência dos pacientes é distribuída de forma similar, mas o período de internação mostrou-se superior no grupo de pacientes com OIB. A maioria dos pacientes com OIA (59,6%) tiveram internação até 10 dias, diferente do grupo de OIB (42,1%), e que mais de 20% ficaram internados por mais de 30 dias. A avaliação do número de óbitos é percentualmente mais expressiva no grupo de OIB (31,6%) do que no grupo de OIA (10,6%). dados que podem ser observados com clareza na tabela 6.

Tabela 6 – Caracterização da amostra: Números absolutos e percentuais segundo localização da obstrução.

Variáveis	Obstrução		Obstrução		Total		p-valor
	Intestinal		Intestinal				
	Alta	Baixa	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	21	44,7	9	47,4	30	45,5	0,843*
Feminino	26	55,3	10	52,6	36	54,5	
Cirurgia Prévia							
Não	12	25,5	13	68,4	25	37,9	0,001*
Sim	35	74,5	6	31,6	41	62,1	
Procedência							
Grande Vitória	40	85,1	18	94,7	58	87,9	0,422**
Interior do Estado	7	14,9	1	5,3	8	12,1	
Tempo de internação							
Até 10	28	59,6	8	42,1	36	54,5	0,622***
11 a 20	7	14,9	4	21,1	11	16,7	
21 a 30	5	10,6	3	15,8	8	12,1	
Mais que 30	6	12,8	4	21,1	10	15,2	
Sem informação	1	2,1	-	-	1	1,5	
Óbito							
Não	42	89,4	13	68,4	55	83,3	0,065**
Sim	5	10,6	6	31,6	11	16,7	
Total	47	100,0	19	100,0	66	100,0	-

* Teste do qui-quadrado

** Teste exato de fisher

*** Razão de máxima verossimilhança.

Avaliando as complicações entre os grupos de análise, evidenciou-se que em ambos os grupos a maioria dos pacientes não apresentou complicações pós operatórias. Apesar disso, dos que apresentaram, o grupo de OIB mostrou maior

ocorrência (47,4%). O grupo OIB teve maior ocorrência de eventração/evisceração (55,6%), enquanto que no grupo de OIA a complicação mais identificada foi de coleção intra-abdominal (41,2%). Foi encontrada significância estatística no cruzamento do tipo de obstrução com tipos de complicação ($p=0,034$). conforme os dados da tabela 7.

Tabela 7 – Caracterização da amostra: Números absolutos e percentuais segundo localização da obstrução.

Variáveis	Obstrução		Obstrução		Total		p-valor
	Intestinal Alta		Intestinal Baixa				
	N	%	n	%	n	%	
Complicações							
Não	30	63,8	10	52,6	40	60,6	0,399*
Sim	17	36,2	9	47,4	26	39,4	
Total	47	100,0	19	100,0	66	100,0	
Quais?							
Coleção Intra-Abdominal	7	41,2	4	44,4	11	42,3	0,034***
Eventração / Evisceração	4	23,5	5	55,6	9	34,6	
Infecção de ferida operatória	6	35,3	0	0,0	6	23,1	
Total	17	100,0	9	100,0	26	100,0	

* Teste do qui-quadrado

** Teste exato de fisher

*** Razão de máxima verossimilhança.

5.3 Causas de obstrução

Foram avaliados ainda os diagnósticos; os fatores que levaram os pacientes a operarem devido obstrução intestinal. Entre as causas identificadas, a causa de maior predominância foi por brida, 40,9% (n=27), sendo a maioria do sexo feminino (n=14) e 77,8% com histórico de cirurgias prévias (n=21). A maioria dos pacientes com brida não apresentou complicações cirúrgicas, mas dos que apresentaram, a maior ocorrência detectada foi de coleção intra-abdominal. Tais dados podem ser observados na tabela 8A (brida, hérnia estrangulada e hérnia interna) e comparados com a tabela 8B (miscelânea, neo colon e volvo sigmoide).

Tabela 8A – Caracterização da amostra: Números absolutos e percentuais segundo diagnóstico de obstrução: brida, hérnia estrangulada e hérnia interna.

Variáveis	Diagnóstico					
	Brida		Hérnia		Hérnia Interna	
	n	%	Encarcerada / Estrangulada	n	%	n
Sexo						
Masculino	13	48,1	2	25,0	-	-
Feminino	14	51,9	6	75,0	5	100,0
Cirurgia Prévia						
Não	6	22,2	3	37,5	-	-
Sim	21	77,8	5	62,5	5	100,0
Procedência						
Vitória	10	37,0	2	25,0	1	20,0
Grande Vitória	12	44,4	5	62,5	4	80,0
Interior do Estado	5	18,5	1	12,5	-	-
Tempo de internação						
1 a 5	8	29,6	4	50,0	3	60,0
6 a 10	7	25,9	1	12,5	2	40,0
11 a 20	4	14,8	1	12,5	-	-
21 a 30	4	14,8	-	-	-	-

Mais que 30	4	14,8	1	12,5	-	-
Sem informação	-	-	1	12,5	-	-
Óbito						
Não	24	88,9	7	87,5	5	100,0
Sim	3	11,1	1	12,5	-	-
Complicações						
Não	16	59,3	5	62,5	4	80,0
Sim	11	40,7	3	37,5	1	20,0
Total	27	100,0	8	100,0	5	100,0
Quais?						
Coleção Intra-Abdominal	5	45,5	1	33,3	-	-
Eventração / Evisceração	3	27,3	-	-	-	-
Infecção de ferida operatória	3	27,3	2	66,7	1	100,0
Total	11	100,0	3	100,0	1	100,0

Neoplasia de cólon foi o diagnóstico de maior predominância na OIB, sendo a maioria do sexo feminino (60%), não tiveram cirurgias prévias (80%), foram embora com menos de 10 dias de internação (53,4%) e não tiveram complicações pós operatórias (60%). Tais dados podem ser observados na tabela 8B

Tabela 8B – Caracterização da amostra: Números absolutos e percentuais segundo diagnóstico de obstrução: miscelânea, neo colon e volvo sigmoide.

Variáveis	Diagnóstico					
	Miscelânea		Neo Colon		Volvo Sigmóide	
	N	%	n	%	n	%
Sexo						

Masculino	6	85,7	6	40,0	3	75,0
Feminino	1	14,3	9	60,0	1	25,0
Cirurgia Prévia						
Não	3	42,9	12	80,0	1	25,0
Sim	4	57,1	3	20,0	3	75,0
Procedência						
Vitória	3	42,9	7	46,7	1	25,0
Grande Vitória	3	42,9	8	53,3	2	50,0
Interior do Estado	1	14,3	-	-	1	25,0
Tempo de internação						
1 a 5	2	28,6	4	26,7	-	-
6 a 10	1	14,3	4	26,7	-	-
11 a 20	2	28,6	4	26,7	-	-
21 a 30	1	14,3	1	6,7	2	50,0
Mais que 30	1	14,3	2	13,3	2	50,0
Sem informação	-	-	-	-	-	-
Óbito						
Não	6	85,7	10	66,7	3	75,0
Sim	1	14,3	5	33,3	1	25,0
Complicações						
Não	5	71,4	9	60,0	1	25,0
Sim	2	28,6	6	40,0	3	75,0
Total	7	100,0	15	100,0	4	100,0
Quais?						
Coleção Intra-Abdominal	1	50,0	3	50,0	1	33,3
Eventração / Evisceração	1	50,0	3	50,0	2	66,7
Infecção de ferida operatória	-	-	-	-	-	-
Total	2	100,0	6	100,0	3	100,0

6. DISCUSSÃO

As síndromes que envolvem o quadro de abdome obstrutivo constituem grandes desafios para os profissionais de emergência, especialmente para os cirurgiões, uma vez que a escolha assertiva da intervenção cirúrgica pode ser decisiva para o desfecho do quadro clínico, podendo evitar que o paciente evolua ao óbito (OLIVEIRA; EMERICK; SOARES, 2010; CATENA, et al., 2011).

As etiologias variáveis que resultam na obstrução intestinal potencializam as dificuldades diagnósticas, requerendo maior expertise profissional e infraestrutura adequada dos serviços de saúde (OLIVEIRA; EMERICK; SOARES, 2010; CATENA, et al., 2011).

A investigação etiológica da presente casuística evidenciou a presença de bridas, ou aderências intestinais, como principal fator causal nesta amostra, correspondendo a 40,9% dos prontuários avaliados.

A formação de bridas, por sua natureza fibrótica, está diretamente ligada ao período pós cirúrgico ou lesional. Por ser um elemento inevitável, em grande parte dos casos, há necessidade de nova intervenção cirúrgica, instituindo novo estresse psicobiológico ao organismo e mais custos aos serviços de saúde (CARTUCHO, 2008).

Em estudo retrospectivo realizado entre os anos de 1999 e 2000 no Hospital de Urgências de Goiânia com 142 prontuários diagnosticados com abdome obstrutivo foram evidenciados resultados similares em alguns apontamentos. Na ocasião, pouco mais de 37% da amostra foi encaminhada à cirurgia para desobstrução intestinal em decorrência de bridas ocasionadas por cirurgias prévias (MOREIRA JR, et al., 2005).

Apesar disso, quando avaliada a localização do ponto de obstrução e os dados gerais das amostras, nota-se inversão proporcional dos achados. Na presente amostra, 55,3% dos pacientes são do sexo feminino e apresentaram obstrução intestinal alta, enquanto que no estudo de Moreira e colaboradores, a obstrução intestinal alta é minoria (45,07%) e acomete mais indivíduos do sexo masculino (62,5%) (MOREIRA JR, et al., 2005).

Os achados do presente estudo permitem inferir que a obstrução intestinal de condição cirúrgica em indivíduos residentes do Estado do Espírito Santo e, em significativa parte, da grande Vitória, parece ser um reflexo de procedimentos cirúrgicos prévios ($p < 0,001$); pela formação de aderências intestinais.

Não foi possível identificar eventuais correlações entre as complicações e os tipos de procedimentos cirúrgicos devido à falta de embasamento estatístico, mas as complicações que resultam na obstrução intestinal parecem ser mais frequentes, ao menos nesta casuística, em mulheres com idade média de 55,4 anos. quase 17% dos pacientes aqui avaliados evoluíram para óbito, sendo um valor significativo.

Do parâmetro do período de internação, os dados aqui apresentados mostram que os pacientes com obstrução intestinal baixa permanecem em internação por mais tempo, como destacado nas tabelas 2 e 4; o que resulta em maior risco de infecções e maiores custos para as unidades de saúde.

Em adição, a análise comparativa entre idade e complicações da amostra, evidenciou diferença estatisticamente significativa no grupo cuja média de idade é mais elevada, sinalizando possível propensão às complicações pós cirúrgicas que resultem em eventual quadro de abdome obstrutivo pela formação de bridas.

Nota-se escassez de estudos investigativos sobre a epidemiologia de abdome obstrutivo na literatura científica global e brasileira: foi localizado apenas 01 estudo com características similares (o estudo de Moreira e colaboradores) para que se realizasse avaliação comparativa; possivelmente devido à condição emergencial desta afecção. Ainda assim, novos e mais abrangentes estudos tornam-se necessários para ampliar os conhecimentos acerca do tema e, eventualmente, minimizar as complicações de sua decorrência.

CONCLUSÕES

Os achados compilados no presente estudo permitem inferir que brida pós-operatória é a causa mais frequente nos pacientes admitidos para cirurgia de obstrução abdominal no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, situado em Vitória (ES - BR), acometendo em sua maioria mulheres em torno de 55,4 anos de idade, especialmente quando são obstruções acima da válvula ileocecal. Além de sinalizar que as complicações pós-cirúrgicas que possam resultar em obstrução intestinal com necessidade cirúrgica são mais propensas em indivíduos de idade mais elevada.

Em adição, o presente estudo destaca a gravidade do quadro de obstrução intestinal, que levou 16,7% desta amostra ao óbito e a escassez de estudos sobre o tema, bem como a importância de seu surgimento, a fim de ampliar os conhecimentos sobre o abdome obstrutivo cirúrgico e traçar seu perfil epidemiológico com maior amplitude e precisão.

REFERÊNCIAS

1. AKYILDIZ, H.; ARTIS, T.; SOZUER, E.; AKCAN, A. ; KUCUK, C. ; SENSOY, E. ; et al. Internal hernia: Complex diagnostic and therapeutic problem. **Int J Surg**. 2009 ; v. 7, p. 334-7.
2. BALA, M.; APPELBAUM, L.; ALMOGY, G. Unexpected cause of large bowel obstruction: Colonic bezoar. **J Gastroenterol**. 2008; v. 7, n. 2, p. 1-5.
3. BOUDIAF, M.; SOYER, P.; TEREM, C.; PELAGE, J.P.; MAISSIAT, E.; RYMER, R. Ct evaluation of small bowel obstruction. **Radiographics**. 2001; v.21, n. 3, p.613-24.
4. BRUNETTI, A.; SCARPELINI, S. Abdomen Agudo. **Medicina, Ribeirão Preto**. 2007 ; v. 40, n. 3, p. 358-67.
5. CARTUCHO, D. Bidas e aderências intestinais Visão histórica de um problema que se mantém actual. **Barvalento Médico**. 2008; v.1, n.1, p. 34-9.
6. CARTWRIGHT, S.L. ; KNUDSON, M.P. Evaluation of Acute Abdominal Pain in Adults. **Am Fam Physician**. 2008; v.77, n.7, p.971-8.
7. CATENA, F.; DI SAVERIO, S.; KELLY, M.D.; BIFFL, W.; ANSALONI, L.; MANDALÀ, V.; et al. Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive Small Bowel Obstruction (ASBO): 2010 Evidence-Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery. **World J Emerg Surg**. 2011. v. 6, n. 5, p. 1-24.
8. CRISPÍN-TREBEJO, B.; ROBLES-CUADROS, M.R.; ORENDO-VELÁSQUEZ, E.; ANDRADE, F.P.; et al. Internal abdominal hernia: Intestinal obstruction due to trans-mesenteric hernia containing transverse colon. **Int J Surg Case Rep**. 2014. v. 5, n. 2014, p. 396-8.
9. FONSECA-NETO, O.C.L. Metástases hepáticas. **JBM**. 2014. v. 102, n. 2, p. 29-33. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n2/a4192.pdf>
Acesso em 21.01.2019.
10. GABRIEL, A.G. **Avaliação da morbo-mortalidade do tratamento cirúrgico do volvo colônico de sigmoide na urgência**. Dissertação (mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo.77p. 2003.
11. HANAN, B.; DINIZ, T.R.; LUZ, M.M.P.; CONCEIÇÃO, S.A.; SILVA, R.G.; LACERDA-FILHO, A. Intussuscepção Intestinal em Adultos. **Rev Bras Coloproct**. 2007. v. 27, n. 4, p. 432-8.

12. HARDY, A.; BUTLER, B.; CRANDALL, M. **The Evaluation of the Acute Abdomen**. In: MOORE, L.J.; TURNER, K.L.; TODD, S.R. Common Problems in Acute Care Surgery. 2013. p. 19-31.
13. MACALUSO, C.R.; McNAMARA, R.M. Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. **Inter J Gen Med**. 2012. v. 5, p. 789-97.
14. MENEGHELLI, U. Elementos para o diagnóstico do abdômen agudo. *Medicina Ribeirão Preto*. 2003. v.36, n.2/4, p.283-93.
15. MUSHTAQ, M.; SHAH, M.A.; MALIK, A.A.; WANI, K.A.; THAKUR, N.; PARRAY, F.Q. Giant Fecaloma Causing Small Bowel Obstruction: Case Report and a Review of the Literature. **Bull Emerg Trauma**. 2015. v. 3, n. 2, p. 70-2.
16. OLIVEIRA, F.M.; EMERICK, A.P.C.; SOARES, E.G. Aspectos epidemiológicos das doenças intestinais inflamatórias na macrorregião de saúde leste do Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010. v. 15, n.1, p.1031-7.
17. TIROTTA, D.; MARCHETTI, A.; DI LILLO, M.; POMERO, F.; RE, R.; MESCHI.; et al. Abdominal pain: a synthesis of recommendations for its correct management. **Ital J Med**. 2015. v. 9, n. 515, p. 193-202.
18. VOGEL, J.D.; STEWART, D.B.; TURNER, J.S.; BOUTROS, M.; CHUN, J.; STEELE, S.R. Clinical Practice Guidelines for Colon Volvulus and Acute Colonic Pseudo-Obstruction. **Dis Colon Rectum**. 2016. v. 59, n. 7, p. 589-600.
19. WANG, P-Y.; WANG, X.; ZHANG, L.; LI, H-F.; WANG, X.; et al. Bezoar-induced small bowel obstruction: Clinical characteristics and diagnostic value of multi-slice spiral computed tomography. **World J Gastroenterol**. 2015. v. 21, n. 33, p. 9774-84.

ANEXO 1. Questionário de triagem dos prontuários



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES

ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO

NOME: _____ IDADE: _____

REGISTRO: _____ DN: _____ PESO: _____ IMC: _____

SEXO: _____ NATURAL: _____ PROCEDENTE: _____

ETNIA _____

COMORBIDADES: _____

CIRURGIAS PRÉVIAS: _____

CIRURGIA REALIZADA:

DATA DA CIRURGIA: __/__/__ STAFF: _____

COMPLICAÇÕES: _____

TEMPO DE INTERNAÇÃO: __ DIAS (__/__/__ à __/__/__)

ENFERMARIA 8: __ DIAS (__/__/__ à __/__/__)

UTI: __ DIAS (__/__/__ à __/__/__)

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO: _____