

OBSTRUÇÃO INTESTINAL – ANÁLISE RETROSPECTIVA DA ETIOLOGIA E MORBI-MORTALIDADE NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA (HUGO)

HELIO MOREIRA JR.¹, HELIO MOREIRA¹, RANIERE RODRIGUES ISAAC¹, ALEX CURI ANDRÉ CAMPOS FERNANDES¹, JOANE CARLA SANTOS MASCARENHAS¹, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA¹

¹*Serviço de Coloproctologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiás, Brasil*

MOREIRA JR. H, MOREIRA H, ISAAC RR, CURI A, FERNANDES AC, MASCARENHAS JCS, MOREIRA JPT. Obstrução Intestinal – Análise Retrospectiva da Etiologia e Morbi-mortalidade no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO). *Rev bras Coloproct*, 2005;25(2):137-145.

RESUMO: A oclusão intestinal ainda desafia os cirurgiões nos tempos atuais, não apenas pela difícil determinação do momento ideal para intervenção cirúrgica, como também pelas dificuldades encontradas na realização do ato operatório em si. Vários autores referem aumento da sua incidência, principalmente às custas de aderências pós-operatórias. O objetivo deste estudo foi o de avaliar uma amostragem regional de pacientes atendidos em serviço de urgência com diagnóstico de obstrução intestinal, comparando os dados com os da literatura disponível.

No período compreendido entre janeiro de 1999 e janeiro de 2000, foram revistos os prontuários de pacientes admitidos no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) com o diagnóstico de obstrução intestinal. De um total de 142 pacientes, predominaram as obstruções “baixas” (78 casos) em relação às “altas” (64 casos), o que diferiu da literatura revisada. Aderências foram a causa mais comum de obstrução - 53 casos ou 37,32%, seguida por colopatia chagásica - 46 casos ou 32,30% (fecaloma 18,3% e volvo 14,08%), neoplasias colorretais - 22 (15,49%), hérnias - 7 (4,92%) e outras causas 9,88%.

Obstrução do intestino grosso foi causada mais comumente por complicações do megacólon chagásico em 58,97% das vezes, determinando em 65% dos casos o tratamento cirúrgico e em 35% o clínico, morbidade geral de 34,55% (n=27) e mortalidade de 15,38% (n=12).

Obstrução de intestino delgado (n=64) foi causada por aderências pós-operatórias em 53 casos (82,8%). Destes, necessitaram de cirurgia 62,66% (n=33) e tratamento clínico 37,73% (n=20) com 30,30% (n=19) de enterectomias e 9,09% (3) de enterotomias inadvertidas. Ocorreram oito óbitos (sete casos operados e 1 caso tratado clinicamente).

Concluimos que, em nosso meio, a doença aderencial é a causa mais importante de oclusão intestinal e está associada a morbi-mortalidade elevada, quando os casos são tratados em situações de urgência. Destacamos a presença das oclusões, por complicações do megacólon chagásico, como a segunda principal causa de internação e tratamento cirúrgico, o que não é referido na casuística de outros autores. Medidas profiláticas são justificadas nas duas situações.

Descritores: obstrução intestinal, etiologia, morbidade

INTRODUÇÃO

A obstrução intestinal continua sendo um grande desafio para a medicina de urgência nos tempos

atuais, com um aumento gradativo e significativo da sua incidência na população, principalmente em países desenvolvidos; embora o mesmo fenômeno esteja

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia da Faculdade Médica da Universidade Federal de Goiás.

Recebido em 20/05/2005

Aceito para publicação em 14/06/2005

também ocorrendo em regiões consideradas sub-desenvolvidas. A explicação para este último fato talvez esteja na maior facilidade de acesso da população ao atendimento médico, resultando, como consequência, maior número de cirurgias abdominais, o que determina, a médio e longo prazo, aumento do número de casos de pacientes com obstruções devidas a aderências intra-abdominais pós-cirúrgicas. Sabe-se que, há alguns anos atrás, a principal causa de obstrução intestinal eram as “hérnias encarceradas”; com o passar dos anos, observou-se, progressivamente, maior incidência de obstruções causadas por neoplasias malignas, assim como as devidas à “doença aderencial”.

Têm sido publicados vários trabalhos sobre a frequência de aderências pós-operatórias e o impacto econômico causado por esta complicação em países desenvolvidos^{1,2,3,4}. A alta incidência e o grande custo financeiro associado a esta condição e relatados nestas casuísticas, despertaram o nosso interesse para avaliar, em uma amostragem regional, a sua incidência em pacientes atendidos em um serviço de urgência, cujo diagnóstico sintromico era o de obstrução intestinal. Estudamos, nesta população, a incidência, etiologia e a morbi-mortalidade.

PACIENTES E MÉTODOS

No período compreendido entre janeiro de 1999 a janeiro de 2000 foram estudados, retrospectivamente, os prontuários de todos os pacientes adultos, admitidos no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) com diagnóstico inicial de obstrução intestinal. Os mesmos foram distribuídos, inicialmente, em dois grupos:

1. Obstrução intestinal alta (intestino delgado)
2. Obstrução intestinal baixa (colorretal)

Após a catalogação, foram avaliados, separadamente, somente os pacientes com quadro clínico de oclusão ou sub-occlusão intestinal causadas por aderências pós-operatórias.

Os casos foram conduzidos por várias equipes de cirurgiões do aparelho digestivo daquele hospital. A avaliação inicial, rotineiramente adotada por aquele serviço, consistia de história clínica, exame físico, avaliação radiológica (tórax e abdome sem contraste), hemograma, urina e eventualmente, dependendo de cada caso, eram realizados outros exames bioquímicos.

Salvo os casos de pacientes em que o quadro clínico inicial era de peritonite já instalada, quando então era recomendado o tratamento cirúrgico imediato, tentou-se, inicialmente, o tratamento clínico dos pacientes.

Urgências abdominais isquêmicas ou inflamatórias (apendicite, pancreatite, etc) não foram incluídas nesta casuística, mesmo que, no primeiro atendimento, a hipótese de oclusão intestinal fosse aventada.

O método de análise estatística utilizada foi o teste exato de Fisher, sendo considerado como significativo quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foi identificado um total de 142 admissões com diagnóstico de obstrução intestinal no período estudado (janeiro/1999 a janeiro/2000). As aderências pós-operatórias foram as causas mais comuns de obstrução, perfazendo um total de 53 casos (37,32%), seguida por complicações do megacolon chagásico com 46 casos (fecaloma 26 ou 18,3% e volvo 20 ou 14,08%), neoplasias colorretais com 22 casos (15,49%), hérnias - 7 casos (4,92%) e outros pacientes com diagnósticos menos comuns - 14 casos ou 9,88% (doença inflamatória intestinal, divertículo de Meckel, neoplasia de intestino delgado, tumores retroperitoneais etc.) Tabela-1.

Obstrução intestinal alta

Sessenta e quatro pacientes foram admitidos com o diagnóstico de obstrução intestinal alta, sendo, na sua grande maioria, do sexo masculino (M=40 vs

Tabela 1 – Etiologia da Obstrução Intestinal.

Obstrução Intestinal (N=142)	N (%)
Bridas	53 (37,32%)
Megacólon (complicações)	46 (32,39%)
CA cólon	22 (15,49%)
Hérnia encarcerada	07 (4,92%)
Miscelânea	14 (9,98%)

F=24). A média de idade destes pacientes foi de 59 anos, acometendo os dois extremos da vida adulta (19-92 anos).

Bridas ou aderências foram as causas de obstrução intestinal da grande maioria dos pacientes com obstrução intestinal alta - 82,8% (53 casos), seguida pela formação de hérnias encarceradas 10,93% (7 casos). Causas mais raras de obstrução intestinal alta incluíram divertículo de Meckel 1,6% (1), tumores de delgado 1,6% (1), tumores retroperitoneais causando compressão extrínseca de alças de delgado 1,6% (1) e 1 caso sem definição etiológica (1,6%), resolvido clinicamente. Tabela-2

Seguindo a rotina estabelecida pelo Serviço, inicialmente todos os pacientes eram submetidos à conduta clínica expectante ou conservadora. Vinte e um (32,89%) deste contingente de 64 pacientes foram submetidos e resolvidos seus quadros somente com tratamento clínico conservador (jejum, colocação de sonda nasogástrica, hidratação venosa, monitoramento da diurese e balanço hidroeletrólítico). A dieta oral destes pacientes era iniciada quando melhorava o quadro de distensão abdominal, apresentavam um débito da sonda nasogástrica menor do que 150ml/24h e ocorresse a eliminação de gases e/ou fezes. Embora com evidente melhora clínica, o paciente era mantido internado, sob estrita observação, por pelo menos 48 horas, quando, se não houvesse sinais clínicos ou radiológicos de recidiva ou persistência do quadro, era providenciada a alta hospitalar.

Tabela 2 – Etiologia obstrução intestinal “alta”.

Obstrução Intestinal Alta (n=64)	N (%)
Bridas	53 (82,8%)
Hérnia encarcerada	7 (10,93%)
D. de Meckel	1 (1,6%)
Tu de Delgado	1 (1,6%)
Tu Retroperitoneal	1 (1,6%)
Não definido	1 (1,6%)

Os outros quarenta e três pacientes (67,18%) foram também submetidos, inicialmente, à conduta clínica conservadora, com duração que variava de 24 a 48 horas. Como não houve resolução satisfatória dos casos, os mesmos foram tratados cirurgicamente. A enterectomia foi necessária em 14 destes pacientes (32,5% dos casos cirúrgicos); três enterotomias inadvertidas ocorreram durante a liberação de bridas, sendo então necessária a realização de enterorráfias; a herniorrafia foi realizada em 7 casos cujas causas da obstrução intestinal eram encarceramento. Tabela-3.

Dezessete pacientes (26,5%) com quadro de obstrução intestinal alta apresentaram intercorrências clínicas durante a sua admissão e tratamento hospitalar, sendo que, na maioria dos casos, houve uma associação de seu quadro oclusivo com outras condições mórvidas. Tabela-4.

Tabela 3 – Obstrução Intestinal Alta - Tratamento.

Tratamento	Brida	Hérnia	D.Meckel	TU Delgado	TU Retroperitoneal	Não Definido	Total
	53	7	1	1	1	1	64
CLÍNICO	20	0	0	0	0	1	21
CIRÚRGICO	33	7	1	1	1	0	43
Lise aderência	33	0	0	0	0	0	33
Enterectomia	10	2	1	1	0	0	14
Enterotomia	3	0	0	0	0	0	3
Herniorrafia	0	7	0	0	0	0	7
Laparotomia	0	0	0	0	1	0	1
ÓBITOS*	7	2	1	0	1	0	11

* óbitos “cirúrgicos”. Total de óbitos relacionados à obstrução alta: 13.

Tabela 4 – Morbidade – Pacientes com obstrução intestinal alta(*).

Morbidade	Cirúrgico (10)	Clínico (7)
Deiscência de anastomose	5	0
Insuficiência renal aguda	3	1
Abscesso intra-abdominal	4	0
Distúrbio hidroeletrólítico	0	3
Evisceração	2	0
Insuficiência Hepática	1	1
Septicemia	0	2**
Pneumonia	1	0
Infecção do trato urinário	1	0
Flebite de membro superior direito	1	0

* 27 complicações em 17 casos. **Admitidos nesta condição.

Treze (20,31%) dos sessenta e quatro pacientes admitidos no Hospital de Urgência de Goiânia com o diagnóstico de obstrução intestinal alta evoluíram para o óbito. Dois pacientes chegaram ao Serviço em péssimo estado geral, com distúrbio hidroeletrólítico importante e sinais clínicos de choque séptico, evoluindo para o óbito nas primeiras 6 horas após a admissão hospitalar, sem apresentar, portanto, a mínima possibilidade de se submeterem ao provável tratamento cirúrgico. Nos restantes onze pacientes o tratamento proposto incluiu a realização de laparotomia exploradora. Tabela-5.

Tabela 5 – Conduta na obstrução intestinal / Óbitos.

OBSTRUÇÃO INTESTINAL	N=142	Óbitos (n=25)
Obstrução alta	64	13
Tratamento clínico	21 (32,89%)	02*
Tratamento cirúrgico	43 (67,18%)	11
Obstrução Baixa	78	12
Tratamento clínico	27 (35%)	06
Tratamento cirúrgico	51 (65%)	06

* Pacientes tratados clinicamente por falta de condições cirúrgicas.

Achados cirúrgicos nestes onze pacientes que faleceram:

- Sete deles foram submetidos à lise de aderências, sendo que em 3 deles havia, também, necrose parcial de delgado (tendo sido feitas enterectomias), dois tiveram enterotomias inadvertidas durante a lise de aderências e os outros dois pacientes apresentavam comorbidades que agravaram o quadro clínico (um com quadro de insuficiência hepática decorrente de cirrose Child C e o outro havia sido admitido, associado à obstrução intestinal, com um quadro de insuficiência renal aguda).

- 2 pacientes com hérnias encarceradas, sendo que em um deles havia necrose segmentar da alça envolvida.

- 1 paciente com carcinomatose peritoneal.

- 1 paciente com Divertículo de Meckel e necrose de cólon direito.

O tempo médio decorrido entre a admissão e o início da cirurgia destes 11 pacientes que foram a óbito foi de 48 horas. Naqueles indivíduos com obstruções intestinais altas, tratados cirurgicamente, e que não evoluíram para o óbito, encontramos o tempo médio de 32 horas entre a admissão e o início da cirurgia, sendo esta diferença, entre aqueles que faleceram e os que sobreviveram, estatisticamente significativa ($p>0.05$).

Obstrução intestinal baixa

Um total de setenta e oito pacientes foi admitido com o diagnóstico de obstrução intestinal baixa, sendo que 35%(n=27) destes foram tratados

Tabela 6 – Etiologia da Obstrução Intestinal “Baixa”.

Obstrução Intestinal Baixa	n =78	%
Megacólon - fecaloma	26	33,33%
Megacólon – volvo	20	25,64%
CA colo	22	28,20%
Doença diverticular	6	7,69%
D. inflamatória intestinal	2	2,56%
Íleo de origem metabólica	2	2,56%

exclusivamente com conduta clínica. Tabelas-5 e 6. A maioria destes pacientes que foram tratados clinicamente apresentava, como etiologia da provável obstrução, a presença de impação fecal (n=26), sendo empregado com sucesso o uso de lavagem intestinal retrógrada (via retal) com solução fisiológica até o seu completo esvaziamento.

Dois pacientes com volvo da sigmóide foram, também, tratados clinicamente com o uso da descompressão endoscópica com retossigmoidoscópio. Cinquenta e um pacientes (65%) foram tratados cirurgicamente, sendo que a presença de lesões neoplásicas estenosantes de cólon

Tabela 7 – Morbidade pós-operatória de pacientes com obstrução intestinal baixa (*).

Complicações Pós-Operatórias	Total: 27
Insuficiência cardíaca congestiva	5
Insuficiência renal aguda	4
Pneumonia	4
Evisceração	2
Necrose de colostomia	3
Deiscência de anastomose	2
Arritmia cardíaca	2
Derrame pleural	1
Tromboembolismo pulmonar	1
Trombose venosa profunda	1
Diabetes descompensado	1
Septicemia	1

Algus pacientes tiveram mais de uma morbidade

(n=22; 43,1%), seguida pelo volvo do cólon sigmóide (n=18; 35,3%), as principais causas de indicação de tratamento cirúrgico. Os procedimentos realizados neste grupo incluíram: cirurgia de Hartmann (n=25), colostomia em alça (n=9), colostomia a Mickulicz (n=3), hemicolecotomias (n=5), sigmoidostomia anterior ou técnica de H. Moreira¹⁸ (n=5), colectomia total com ileostomia (n=2), laparotomia exploradora (n=1) e esvaziamento de fecaloma sob anestesia (n=1).

Por vivermos em zona endêmica, a provável etiologia chagásica foi aventada em todos os casos de impação fecal e volvo do cólon sigmóide, avaliando-se o diagnóstico sorológico prévio (referido na anamnese pelos pacientes ou responsáveis), história clínica e epidemiológica ou pela associação com o megasôfago e/ou cardiopatia chagásica.

Ocorreram 27 complicações pós-operatórias em pacientes operados devido a obstrução intestinal baixa, algumas delas foram relacionadas a comorbidades já existentes, incluindo dentre elas a insuficiência cardíaca congestiva (n=5), arritmia cardíaca (n=2) e diabetes (n=1). Dois destes pacientes com insuficiência cardíaca congestiva grave e um paciente diabético se apresentavam em franca descompensação clínica na admissão hospitalar. As complicações pós-operatórias mais comuns foram insuficiência cardíaca descompensada (n=5), seguida por insuficiência renal aguda (n=4) e por complicações pulmonares sépticas (n=4). Tabela-7.

Do total de 78 pacientes admitidos com diagnóstico de obstrução intestinal baixa, doze evoluíram para óbito (9,3%), sendo que somente a metade deles foi submetida a tratamento cirúrgico (três com volvo do sigmóide, um com adenocarcinoma de cólon, um com doença diverticular e um com síndrome de Olgivie) Tabela-5. Nos seis pacientes que evoluíram para o óbito e que receberam somente tratamento clínico, quatro apresentavam-se com fecalomas e nos outros dois o diagnóstico era de volvo do cólon sigmóide. O grave estado geral destes pacientes na admissão hospitalar impossibilitou a tentativa de tratamento cirúrgico, visto que se tratava de cardiopatas chagásicos graves (três sofriram insuficiência cardíaca congestiva e outros dois arritmias cardíacas importantes). Em duas oportunidades estes se apresentavam também com insuficiência renal aguda - Tabela-8.

**Tabela 8 – Obstrução intestinal Baixa –
Tratamento Clínico x Óbitos.**

Obstrução Baixa	Tratamento Clínico	Óbitos
Fecaloma	25	4
Volvo de Sigmóide	2	2
Total	27	6

Análise dos casos de obstrução intestinal por bridas

Em cinqüenta e três pacientes do total de cento e quarenta e duas admissões hospitalares foram feitos os diagnósticos de obstrução intestinal devida a bridas pós-operatórias, o que corresponde a 37,32% do total de 142 casos admitidos com diagnóstico de obstrução intestinal e a 82,8% dos casos de obstrução intestinal “alta”. Não foi registrado nenhum caso de obstrução intestinal “baixa” secundário a bridas. A média de idade destes pacientes foi de 40 anos de idade, sendo que a maioria deles era do sexo masculino (Masc=33/Fem=20).

Vinte pacientes (37,73%) tiveram resolução clínica da obstrução, enquanto que os outros 33 (62,66%) foram submetidos a tratamento cirúrgico, sendo que em 23 deles (69,69%) fez-se exclusivamente a lise das aderências. Em dez oportunidades foi necessária a realização de enterectomias complementares à lise de aderências, correspondendo a 30,3% dos operados. Três enterotomias inadvertidas (9,09%) foram registradas. Oito pacientes deste grupo de “doença aderencial” foram a óbito (taxa de mortalidade de 15,09%). Sete deles foram a óbito pós-cirurgias (quatro com apenas bridas e 3 necroses de alça). Um paciente foi a óbito após tratamento clínico conservador exclusivo.

DISCUSSÃO

Como já foi afirmado, o atendimento de pacientes com quadro clínico de obstrução intestinal desafia o cirurgião que atua em serviços de urgência, não apenas pela difícil definição do momento ideal para

se realizar a intervenção cirúrgica^{5,6,7,8}, como também pelas dificuldades encontradas na realização do ato operatório em si.

Considerando o problema como sendo de “saúde coletiva”, vários autores se dedicaram a avaliar a questão da oclusão intestinal sob este prisma e seu possível impacto em termos de saúde populacional.

Segundo Ellis e colaboradores⁹ este impacto ocorre principalmente em consequência das aderências intestinais pós-cirúrgicas. Analisando dados do Serviço Nacional de Saúde da Escócia, de pacientes submetidos à laparotomia em 1986, estes autores observaram que, em 10 anos de seguimento, 32,6% destes pacientes foram re-internados por doenças relacionadas às aderências intestinais, sendo que 7,3% tiveram readmissões relacionadas diretamente às aderências. Estes atendimentos implicam em enorme ônus financeiro para o sistema de saúde. Em avaliação feita por Ray e colaboradores⁴, no ano de 1994, os custos de assistência médica a pacientes provenientes do sistema Medicare americano (governamental) secundários às aderências pós-operatórias, atingiram a cifra de \$3 bilhões de dólares. Em extensa revisão da literatura publicada em 1997, Carrión¹⁰ afirma que a obstrução do intestino delgado e grosso continua sendo um problema muito importante de saúde, por ser causa freqüente de intervenções cirúrgicas urgentes, com índices de mortalidade que variam de 6-10% em diferentes estudos.

No Brasil não há estatística oficial sobre o assunto; para Brenner e colaboradores¹¹, em análise retrospectiva de 276 pacientes operados, o padrão epidemiológico observado na casuística nacional equivale ao registrado nos países desenvolvidos, onde predominam as obstruções de delgado (69%), sendo as hérnias e as bridas as principais causas.

No presente estudo avaliou-se uma amostragem regional, na tentativa de se definir as características etiológicas envolvidas nos quadros obstrutivos, comparando com dados disponíveis da literatura.

Escolheram-se os registros do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) como material de pesquisa, pelo fato desta instituição ser o maior pronto socorro público da cidade de Goiânia, exclusivamente destinado ao “pronto atendimento” médico. Acreditou-se com isso que a amostra coletada representasse, com alguma fidelidade, o cenário das urgências abdominais

obstrutivas no estado de Goiás no final do século 20 (período de Jan/1999 a Jan/2000).

De um total de 142 admissões naquele período, observou-se o predomínio das obstruções intestinais baixas 54,92% (n=78) em relação às obstruções altas 45,07% (n=64), diferindo com o da literatura internacional. Segundo Ericksen¹² as obstruções de intestino grosso representam apenas 6,3% do total das obstruções intestinais, sendo o carcinoma responsável por 90% dos casos.

No grupo de pacientes atendidos no HUGO, com quadro clínico de obstruções “baixas”, as causas foram, principalmente, devidas a complicações do megacólon chagásico – 26 casos de fecaloma e 20 casos com volvo da sigmóide (18,3% e 14,08%, respectivamente, do total de obstruções).

Em áreas não endêmicas de doença de Chagas, os casos de volvo do cólon sigmóide representam apenas 4 a 5% do total de obstruções de intestino grosso. Em nosso material, dos 78 casos atendidos, 20 (25,6%) eram de volvo do sigmóide, sendo 18 destes pacientes operados (com três óbitos) e 2 tratados com descompressão endoscópica (pacientes sem condições cirúrgicas; ambos faleceram). Entre os 26 casos também portadores de colopatia chagásica e que se apresentavam com quadro obstrutivo por fecaloma, foram registrados quatro óbitos, todos associados a comorbidades graves que debilitavam o estado geral dos pacientes.

Esta incidência tão importante da doença de Chagas intestinal complicada surpreendeu até mesmo os responsáveis por este estudo que, apesar da longa experiência acumulada no trato do problema, não previam que esta endemia ainda figurasse, no final do século 20, como causa tão significativa de abdome agudo obstrutivo, além disto associada a importante mortalidade. Observação semelhante já havia sido feita por Petroianu e cols¹³; para estes autores, a distribuição etiológica das obstruções intestinais parece variar de acordo com o desenvolvimento das populações. Em estudo de 374 pacientes operados por obstrução mecânica, os volvos e os fecalomas foram as causas mais frequentes de obstrução, logo depois das aderências intestinais.

O atendimento emergencial realizado nos pacientes deste nosso material, ou seja, nos portadores de obstruções por complicações devidas ao megacólon chagásico levou a indicação de colostomia em todos

os casos operados. Este fato ainda foi fator desencadeante de importantes descompensações clínicas, contribuindo para a ocorrência de índices de morbidade elevados, 34,61% (n=27). O provável e desejável atendimento eletivo destes pacientes, assim como a atuação profilática contra a transmissão da doença poderá, no futuro, desafogar os serviços de pronto atendimento, reduzindo, por conseqüência, o número de casos de urgências “obstrutivas” causadas por esta entidade nosológica.

Quanto às obstruções ditas “altas”, dos 64 atendimentos, 53 foram conseqüentes a aderências intestinais (81,6%), seguidos de sete casos de hérnias encarceradas (10,93%). A revisão da literatura, principalmente da internacional, sugere que cerca de 70% dos casos de obstrução de delgado são devidas a aderências^{14,15}. Não é exagero afirmar-se que tratar das obstruções de delgado consiste basicamente em tratar das obstruções por aderências pós-operatórias.

Na cidade de Goiânia, de acordo com este nosso material, a doença aderencial foi a causa isolada mais importante de obstrução intestinal, com cerca de 37,32% (n=53 casos) do total de 142 admissões, superando até mesmo os casos devidos a complicações provocadas pela doença de Chagas e reafirmando a importância etiológica desta entidade, levando-se em consideração que vivemos em uma zona endêmica da doença.

Podemos observar que as aderências intra-peritoneais resultaram em 33 laparotomias (62,66%) com apenas 20 casos com resoluções exclusivamente clínicas (37,73%). Estes números sugerem que a “resolução cirúrgica” tende a ser, na maioria das vezes, o “destino” dos casos atendidos em regime de urgência. No entanto, as laparotomias não evitaram os riscos de complicações e óbitos (dos oito óbitos, sete foram em pacientes submetidos a cirurgias). Este fato retrata o desafio em se precisar o momento ideal para se operar. Frequentemente os sintomas da obstrução com “estrangulamento” e conseqüente sofrimento vascular da alça são indistinguíveis daqueles com obstrução simples^{5,6,7,8}. Medidas propedêuticas, com especificidade confiável, ainda não estão disponíveis.

A análise do tempo decorrido entre a admissão e a cirurgia e a conseqüente mortalidade, mostrou diferença estatisticamente significativa nesta casuística, com ocorrência de menor número de óbitos em pacientes operados mais precocemente. Além disso, dos 7 casos operados e que faleceram no pós-

operatório, 3 apresentavam necrose de delgado. Acredita-se, por estes dados, que a cirurgia mais precoce, apesar das dificuldades inerentes ao procedimento e a morbidade relacionada, pode representar fator redutor dos índices de mortalidade.

Dos 33 casos de pacientes obstruídos por aderências pós-cirúrgicas e que foram tratadas por laparotomia, 23 (69,69%) foram resolvidos apenas com lise de aderências; foram realizadas 10 enterectomias (30,63%) com enterotomias inadvertidas em 3 casos (9,09%), o que sugere a execução de atos operatórios muito trabalhosos.

Não houve seguimento tardio dos pacientes, portanto, não se registraram, neste estudo, dados sobre os índices de recidiva dos quadros obstrutivos; há registros na literatura de taxas de recidiva, variando de 15 a 30%^{7,16,17}. No clássico estudo de Becker e cols³, afirma-se que o percentual de recidiva alcança 53%, dependendo do tipo de cirurgia, ao passo que chega a 85% se o procedimento tiver que ser repetido, o que prova, mais uma vez, a importância das aderências peritoneais.

Para concluir, remetendo-se agora, novamente, a uma avaliação global dos casos de obstrução intestinal, percebemos que as causas de maior frequência em nosso meio (doença aderencial, colopatia

chagásica, e também câncer de cólon e as hérnias) são passíveis de profilaxia e tratamento precoce. Esta atuação é francamente desejável, deve ser estimulada, e pode evitar a evolução para o abdome agudo obstrutivo, impedindo as grandes repercussões sistêmicas, com evidente risco de morte para o paciente. Espera-se que os dados referidos aqui, com especial referência dada à etiologia e à morbimortalidade, orientem a atuação dos gestores de saúde e sejam as justificativas para investimentos em pesquisa nesta área.

CONCLUSÃO

Conclui-se que em Goiânia, as aderências pós-operatórias são a causa isolada mais importante de oclusão intestinal, associada à morbi-mortalidade elevada quando os casos são tratados em serviço de urgência, o que coincide com a análise de outros autores. Conclui-se ainda que, de forma oposta à literatura disponível, nesta casuística a “oclusão intestinal baixa” predomina em relação à “obstrução alta” em termos numéricos, por consequência das complicações relacionadas ao megacólon chagásico (endemia regional). Atuação profilática é justificável pelos resultados aqui disponibilizados e deve ser mais bem estudada nas duas situações.

SUMMARY: Bowel obstruction remains a great challenge for general surgeons, not only due to the difficulty in determining the critical moment to indicate surgery, but also to the high morbidity associated with surgical treatment of this medical condition. There are innumerable references of a higher incidence of bowel obstruction, especially those caused by post-operative adhesions. The aim of this study was to determine the profiles of patients admitted at a local referenced emergency hospital (HUGO) with the diagnosis of bowel obstruction.

One hundred and forty-two patients were admitted at HUGO from January 1999 to January of 2000 with bowel obstruction. Adhesions were the most common cause of obstruction (53 cases or 37,32%), followed by Chagasic megacolon (22 patients or 15,49%), and incarcerated hernias (7 patients or 4,92%). The majority of these cases were large bowel obstructions (78 cases) compared to small bowel obstructions (64 cases).

The most common cause of large bowel obstruction was due to Chagasic megacolon complications (58,97%), including sigmoid volvulus and fecaloma. 65% of these patients were surgically treated whereas 35% were clinically managed. Morbidity and mortality rates on this specific group of patients were considerably high (34, 55% and 15, 38%, respectively).

Postoperative adhesions were the commonest cause of small bowel obstruction (53 out of 64 cases). The majority of these patients were surgically treated (62,66% vs. 37,73%). The risk of enterectomies, in adverted enterotomies and the mortality rate were significant when surgical treatment was necessary (57,6% and 9,1%, and 21,2% respectively).

We concluded that post-operative adhesions were the most common cause of bowel obstruction. This medical condition is associated with a considerable morbimortality rate. Complications of Chagasic megacolon remain an important cause of large bowel obstruction in our region, and are also associated with high morbidity and mortality rates. Therefore, prophylactic measures are recommended for both medical conditions.

Key words: bowel obstruction, evaluation, etiology

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ellis H: The clinical significance of adhesions: focus on intestinal obstruction. *Eur J Surg Suppl.* 1997; 577: 5-9.
2. Menzies D, Ellis H: Intestinal obstruction from adhesions—how big is the problem? *Ann R Coll Surg Engl.* 1990; 72: 60-3.
3. Becker JM, Dayton MT, Fazio VW, Beck DE, Stryker SJ, Wexner SD, et al.: Prevention of postoperative abdominal adhesions by a sodium hyaluronate-based bioresorbable membrane: a prospective, randomized, double-blind multicenter study. *J Am Coll Surg.* 1996; 183: 297-306.
4. Ray NF, Denton WG, Thamer M, Henderson SC, Perry S: Abdominal adhesiolysis: inpatient care and expenditures in the United States in 1994. *J Am Coll Surg.* 1998; 186: 1-9.
5. Stewardson RH, Bombeck CT, Nyhus LM: Critical operative management of small bowel obstruction. *Ann Surg.* 1978; 187: 189-93.
6. Cheadle WG, Garr EE, Richardson JD: The importance of early diagnosis of small bowel obstruction. *Am Surg.* 1988; 54: 565-9.
7. Turner DM, Croom RD 3rd: Acute adhesive obstruction of the small intestine. *Am Surg.* 1983; 49: 126-30.
8. Perea Cosio RA, Montiel FC, Jimenes R, Chavelas Lluck MA: Prognosis factors for necrosis in intestinal obstruction. *Cir Gen.* 1996; 18: 28-31.
9. Parker MC, Ellis H, Moran BJ, Thompson JN, Wilson MS, Menzies D, et al.: Postoperative adhesions: ten-year follow-up of 12,584 patients undergoing lower abdominal surgery. *Dis Colon Rectum.* 2001; 44: 822-29; discussion 829-30.
10. Carrion JA: Obstruccion Intestinal (Revision bibliográfica). *Educ med contin.* 1997; 54: 27.
11. Brenner S, Campos GMR, Brenner AS, Schultz ES, Coelho JCU: Obstrução intestinal: análise de 276 casos. *Rev Col Bras Cir.* 1994; 21: 1-5.
12. Ericksen AS, Krasna MJ, Mast BA, Noshier JL, Brodin RE: Use of gastrointestinal contrast studies in obstruction of the small and large bowel. *Dis Colon Rectum.* 1990; 33: 56-64.
13. Petroianu A, Sabino LO, Oliveira Neto JE, Marques MS: Principais causas de obstrução intestinal mecânica de tratamento cirúrgico, em crianças e adultos. *Folha Méd.* 1994; 109: 53-5.
14. Brodin RE: The role of gastrointestinal tube decompression in the treatment of mechanical intestinal obstruction. *Am Surg.* 1983; 49: 131-7.
15. Stewardson RH, Bombeck CT, Nyhus LM: Critical operative management of small bowel obstruction. *Ann Surg.* 1978; 187: 189-93.
16. Landercasper J, Cogbill TH, Merry WH, Stolee RT, Strutt PJ: Long-term outcome after hospitalization for small-bowel obstruction. *Arch Surg.* 1993; 128: 765-70; discussion 770-1.
17. Montefusco RP, Ward RJ, Geiss AC: Recurrent adhesive small bowel obstruction. *Contemp Surg.* 1985; 27: 98.
18. Moreira H: Tratamento Cirúrgico do Vólvulo da Sigmóide no Megacolo Chagásico - Nova Técnica Cirúrgica. *Revista Goiana de Medicina.* 1979; vol. 25, p.73-6.

Endereço para correspondência:

Hélio Moreira Júnior
Av. B nº 435
Setor Oeste
74110-030 - Goiânia - GO