

OCCLUSÃO INTESTINAL

Experiência da Urgência do H.S. José 1981-1991

GUEDES DA SILVA, J. CARLOS SANTOS, SILVA MARTINS, JOÃO GÍRIA, C. ALVES PEREIRA
Serviço 6. Hospital dos Capuchos. Lisboa

RESUMO

Os Autores descrevem a experiência, em oclusão intestinal, da Unidade de Urgência Cirúrgica dos Hospitais Cíveis de Lisboa (UUC-HCL), no período de 10 anos, decorrido entre Novembro de 1981 e Novembro de 1991, estimando que esta entidade patológica tenha constituído cerca de 15% da casuística de cirurgia geral daquele Serviço. Os dados referentes aos 3679 doentes, operados de urgência por oclusão intestinal, foram reunidos num ficheiro informatizado e a sua análise global é descrita recorrendo á representação gráfica dos elementos mais relevantes. Foi semelhante a distribuição por sexos: feminino (49%) e masculino (51%). A forma mecânica de oclusão (94%) teve como patologias mais frequentes: a hérnia estrangulada (1604 casos), a brida (568 casos) e o cancro (713 casos); e a forma adinâmica ou funcional (6%) teve, como principal ocorrência, a isquémia intestinal (143 casos). A terapêutica cirúrgica foi avaliada de forma geral. No entanto, comenta-se, brevemente, a evolução registada no tratamento primário do cancro colorrectal em oclusão (625 casos). A taxa de mortalidade global foi de 10,8% (adulto). Em termos relativos, teve como principais expressões: (39%) na isquémia intestinal, (23%) no cancro e (22%) no volvo intestinal.

SUMMARY

Intestinal Occlusion. Experience of the emergency ward of the S. José Hospital.

The results of 3679 patients, with intestinal obstruction, submitted to emergency surgery at the UUC-HCL between November 1981 and November 1991, were analysed in a general way, with the use of a graphic presentation. In the mechanical group, hernia (1604 cases), adhesions and bands (568 cases) and cancer (713 cases) were the most common pathologies; intestinal ischaemia (143 cases) was the most frequent form in the neurogenic group. Surgical therapy was evaluated in a general way. However, we comment on the evolution of primary surgical treatment of colorectal cancer in obstruction (625 cases). The mortality rate was in general: 10,8% (adults). In relative terms, the main features were intestinal ischaemia (39%), cancer (23%) and intestinal volvulus (22%).

INTRODUÇÃO

A oclusão intestinal é uma entidade clínica, que no capítulo do diagnóstico pode receber o contributo de diversas especialidades médicas mas, cujo tratamento é do domínio do cirurgião geral.

A precocidade no diagnóstico, a correspondente reanimação pré-operatória (hidroelectrolítica, metabólica) e o tratamento cirúrgico célere, são atitudes de reconhecido benefício nos doentes em oclusão intestinal¹. Pelo

contrário, nas situações tardias, quando o intestino distendido se torna irremediavelmente lesado e são óbvios os efeitos tóxicos sistémicos, o alívio da oclusão pode não ser suficiente para impedir uma evolução fatal.

Durante os anos em que funcionou (1981-1991), foi vasta a experiência da U.U.C.-H.C.L. em toda a patologia de urgência. Estimamos, que a oclusão intestinal (3679 casos) representou cerca de 15% da respectiva casuística de cirurgia geral.

Os AA., perspectivam uma visão panorâmica da referida vivência, centrando-a no tratamento cirúrgico primário dos doentes em oclusão intestinal.

MATERIAL E MÉTODOS

De 1/Nov/1981 a 1/Nov/1991 o tratamento cirúrgico de urgência do Banco do Hospital de S. José foi polarizado na Unidade de Urgência Cirúrgica² dos Hospitais Cívicos de Lisboa (U.U.C.-H.C.L.), tendo congregado o esforço multidisciplinar de um elevado número de profissionais médicos oriundos dos diversos Hospitais do Grupo.

Os Autores, com larga experiência do Banco do Hospital de S. José, e que por diversos períodos integraram as equipas médicas de cirurgia geral responsáveis pela assistência na U.U.C., procederam ao inventário dos doentes tratados naquela Unidade por Oclusão Intestinal.

Consultando os arquivos da U.U.C.-H.C.L., o arquivo central do Hospital de S. José e o nosso arquivo, construímos para cada doente uma ficha individual, de que seleccionamos, para o presente estudo, os seguintes dados:

1. Data de admissão, 2. Identificação (nome, idade, sexo) 3. Diagnóstico(s) 4. Patologia, 5. Tratamento cirúrgico primário, 6. Resultados (alta, transferências, mortalidade hospitalar).

As conclusões do presente levantamento são relatadas, recorrendo à expressão gráfica dos elementos, relativos aos 3679 doentes, que coligimos numa base de dados relacional (Paradox 3,5). Apesar do rigor colocado na recolha e no tratamento informático, um estudo desta natureza apresenta lacunas (a que, eventualmente, fazemos referência) decorrentes do volume e dispersão de dados, pelos vários arquivos originais. Assim, em publicações futuras, poderão vir a ser introduzidas algumas correcções sectoriais, desde que a reavaliação de algumas patologias justifique o prosseguimento da recolha de mais dados.

DISCUSSÃO

A incidência anual média de doentes em oclusão intestinal foi de 334 casos, e a distribuição/ano é documentada na fig. 1, onde podem ser observadas algumas variações: O valor relativo a 1981 (87 casos) corresponde, apenas, a 2 meses (os do início da actividade da U.U.C.-H.C.L.).

Nos anos de 1982 e 1983 observaram-se os valores mais elevados, respectivamente 428 e 507 casos.

Em 1991 foram registados apenas 183 casos (até 1 de Novembro); três factos podem ser invocados como explicação: a descentralização do serviço comum de urgência dos H.C.L., com a abertura do banco de urgência do Hospital dos Capuchos a 1 de Julho², a consequente redefinição de áreas de referência hospitalar, com redução da do Hospital de S. José e, o constituírem um valor relativo, apenas, aos 10 primeiros meses daquele ano.

A oclusão intestinal pode ocorrer em qualquer idade, no entanto é comparativamente rara na infância. Arbitrariamente, consideramos, nesta série, como pediatria as crianças com idade até 10 anos, por terem sido maioritariamente tratadas por cirurgias pediátricas e, por terem realizado o correspondente post operatório (cuja evolução não foi inventariada) nos serviços de pediatria cirúrgica do Hospital de D. Estefânia.

Os 203 casos pediátricos (12%) desta série, correspondentes à fase em que o banco de pediatria esteve sediado no Hospital de S. José (fig. 2), foram contabilizados até Setembro de 1985, data da entrada em funcionamento da valência de cirurgia de urgência do Banco de Urgência Pediátrica do Hospital de D. Estefânia, que passou a centralizar estes doentes.

A fig 2 explicita a distribuição etária e mostra uma incidência de obstrução intestinal progressivamente mais elevada a partir da 4ª década de vida, tornando-se notórios os valores das 6ª e 7ª décadas. A média etária global foi de 62,4 anos (limites: min. 1 mês e max. 100 anos).

A idade do doente constitui um importante factor a ter em consideração no diagnóstico, dada a correlação com algumas das etiologias mais frequentes de oclusão intestinal para cada grupo etário; assim, no diagnóstico diferencial devem ponderar-se: no recém nascido (atrésia congénita, volvo neonatorum, ileus meconial, doença de Hirschprung e ânus imperfurado), na criança (invaginação, hérnia estrangulada, complicações do divertículo de Meckel e doença de Hirschprung), no adulto (brida post operatória, doença de Crohn, hérnia estrangulada) e no idoso (cancro colorrectal, doença diverticular e fecaloma)^{1,3}.

A semelhança de outras séries, registou-se paridade na distribuição por sexos, com 1797 casos (49%) no feminino e 1882 casos (51%) no masculino, fig 3.

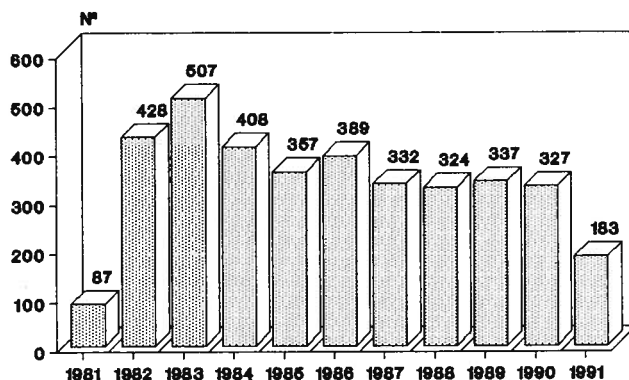


Fig. 1 - Incidência anual da oclusão intestinal na UUC-HCL - 3679 Casos

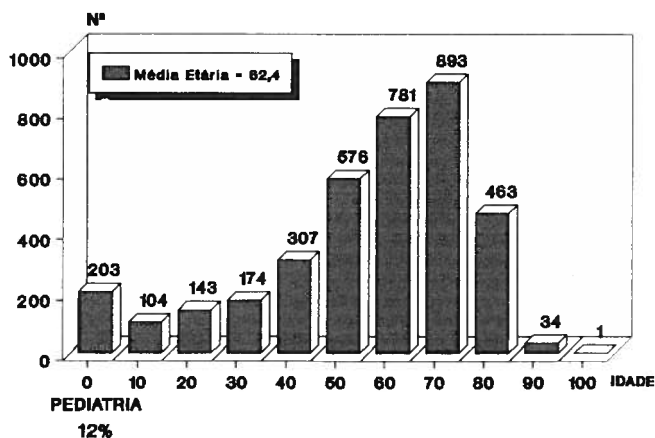


Fig. 2 - Distribuição Etária dos 3679 Casos de oclusão intestinal.

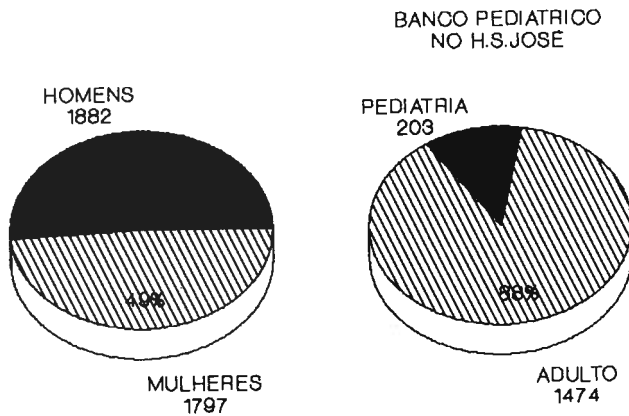


Fig. 3 - Distribuição por sexo - 3679 casos. Pediatria (até 1985) 203 (12%).

QUADRO 1 - Oclusão Intestinal

Classificação
1. Mecânica
a) Natureza
- Simples
- Estranguiada
b) Etiologia
- Luminal
- Parietal
- Extraparietal
c) Localização
- Alta (I. delgado)
- Baixa (Colon)
d) Forma de manifestação
- Aguda
- Crônica
2. Neurogênica ou funcional

A oclusão intestinal classifica-se em mecânica (obstáculo á progressão do conteúdo intestinal) e neurogênica, adinâmica ou funcional (parésia intestinal)^{1,3}.

No Quadro 1 reproduz-se o esquema de classificação de oclusão intestinal que adotamos¹.

Num significativo número de situações, qualquer dos referidos tipos de obstrução pode complicar-se de isquémia intestinal. Tal, significa uma lesão vascular que conduz a necrose parcial ou transmural da parede intestinal, a transudação bacteriana e a peritonite. Estes factos, podem tornar difícil o diagnóstico diferencial entre os dois tipos de obstrução.

A insuficiência vascular, determinante da isquémia intestinal, ocorre em circunstâncias ora primárias (intraluminal) ora secundárias (extraluminal). Inicialmente, surge espasmo e infarte da mucosa; todavia, com a progressão da isquémia ocorre infarte transmural.

No diagnóstico diferencial da forma primária de isquémia intestinal incluem-se: 1. a oclusão trombótica ou embólica de um ou mais dos principais colaterais das artérias mesentéricas (AMS, AMI e EIXO CELÍACO); 2. o espasmo arteriolar, não oclusivo; 3. a trombose venosa

mesentérica. A forma secundária de isquémia resulta de obstrução em ansa fechada, conforme sucede em circunstâncias como a hérnia estrangulada ou o volvo intestinal.

A fig. 4 demonstra o franco predomínio da forma mecânica de oclusão intestinal com 3463 casos (94%), observado nesta série, sobre a variante adinâmica com 216 casos (6%).

Na avaliação da oclusão intestinal mecânica, fig. 5, é assinalável a grande semelhança dos gráficos relativamente à localização e à etiologia. Assim, a localização alta (intestino delgado) com 2418 casos (70%) e a etiologia extraparietal (hérnia estrangulada, brida, volvo, invaginação) com 2319 casos (67%) parecem sobreponíveis; o mesmo se verifica entre a localização baixa (côlon) com 935 casos (27%) e a etiologia parietal (cancro, estenose inflamatória, causa congénita) com 866 casos (25%). Foram imprecisas as conclusões: quanto à etiologia em 243 situações e quanto à localização em 110.

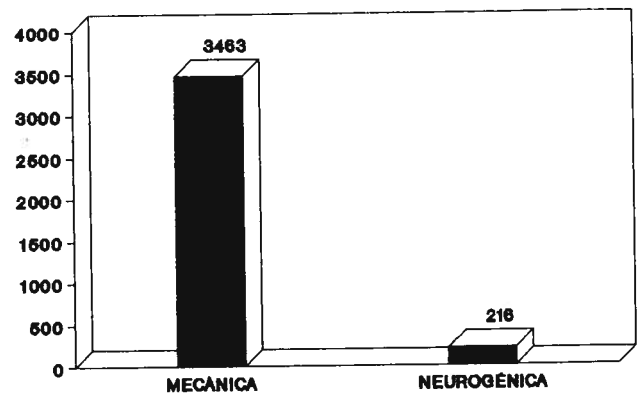


Fig. 4 - Classificação da oclusão intestinal 3679 Casos.

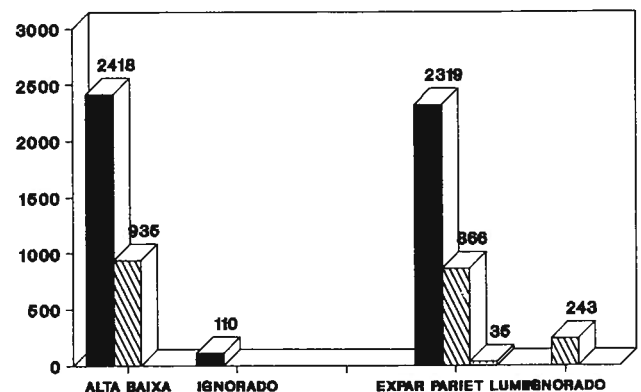


Fig. 5 - Oclusão Intestinal Mecânica. Localização e etiologia de 3463 Casos.

A etiologia luminal ocorreu em 35 doentes (1%): em 14 casos por ileus biliar e em 21 casos por corpo estranho diverso.

A distribuição etiológica, considerando os diagnósticos post operatórios, é mostrada para a variante mecânica pelas fig. 6 (apreciação global) e fig. 7 (casuística pediátrica, até Setembro de 1985), e para a forma adinâmica ou funcional pela fig. 8.

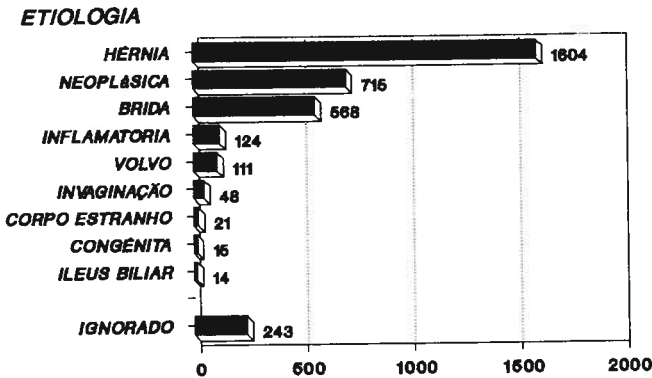


Fig. 6 - Oclusão Intestinal Mecânica Casuística Global do H.S. José. 3463 Casos.

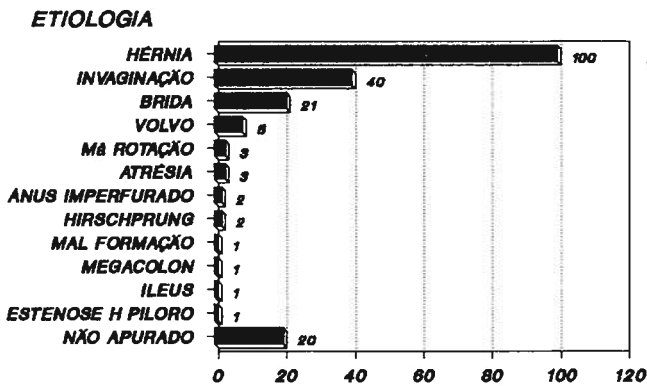


Fig. 7 - Oclusão Intestinal Mecânica Casuística Pediátrica do H.S. José. 203 Casos.

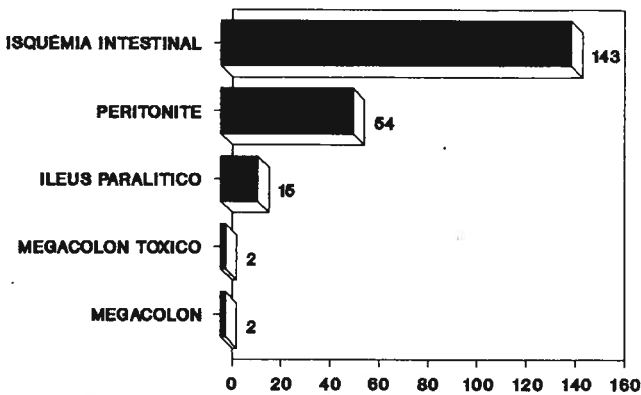


Fig. 8 - Oclusão Intestinal Adinâmica. 216 Casos.

Da respectiva análise, sobressai o peso que entre nós tiveram as complicações por hérnia externa, que com 1604 casos, equivaleram a 46% das intervenções por oclusão intestinal mecânica. A distribuição da incidência por regiões correspondeu ao padrão do mundo ocidental onde as hérnias inguinais e crurais são as mais frequentes formas de hérnia estrangulada, seguindo-se as hérnias umbilicais e as incisionais⁴. Entre nós, as hérnias inguinais incidiram em 767 doentes (48%), as hérnias crurais em 406 doentes (25%), as hérnias umbilicais em 221 doentes (14%) e as hérnias incisionais em 145 doentes (9%); outras variantes

tiveram a distribuição: hérnia epigástrica 30 casos, hérnia de Spiegel 4 casos, hérnia lombar 1 caso, hérnia paracolostomia 2 casos e em 28 situações não foi apurada a localização.

Embora sabendo-se da ampla variação, entre as causas de oclusão intestinal, para diferentes raças e comunidades, tendo em vista quer diferenças anatómicas, hábitos dietéticos, razões genéticas quer, até, padrões socio-culturais diversos, é surpreendente a incidência desta patologia entre nós, que por elevada, contrasta com o decréscimo considerável ocorrido, neste sector, no mundo ocidental nas últimas décadas, o qual, é certamente atribuível á melhor informação e ao entusiasmo e facilidade no tratamento electivo^{1,3,4}.

Parcialmente, poder-se-á justificar uma cifra tão inflacionada por alguns condicionalismos da época: na verdade, a U.U.C.-H.C.L. era dotada de um enorme potencial cirúrgico, em meios técnicos e logísticos. Um elevado número de cirurgias permaneceu temporária ou *definitivamente* apenas colocado naquele serviço, cujo bloco operatório constituiu o único local para tratamento electivo dos respectivos doentes. Uma disposição regulamentar da U.U.C.-H.C.L. estabelecia que, salvaguardando as prioridades da urgência, a gestão de tal situação competia ao chefe de equipa, num montante que poderia atingir os 25% da *actividade cirúrgica* (tal valor, todavia, raramente terá ultrapassado os 10%). Certamente que estes casos, sempre que identificados nas descrições, não foram contabilizados neste estudo; contudo, se em benefício da dúvida, pela existência de protocolos operatórios menos correctos, retirarmos 10% ao valor total aduzido para a patologia herniária, resta ainda um valor muito elevado se comparado com o de outras séries, Quadro 2 (adaptado de Ellis)¹.

QUADRO 2 - Oclusão Intestinal. Tabela comparativa por Etiologias e Mortalidade

Causa de Oclusão (%)	Gibson (1888/98)	Vick (1925/30)	Ellis (1962/80)	Guedes et al (1981/91)
Brida	18	7	40	15
Hérnia	35	49	12	44
Invaginação	19	12	4	1,3
Cancro	-	13	14	19
Volvo	12	0,2	6	3
Mortalidade	43	26	14	10,8
Total de Casos	1000	6892	493	3679

Á causa neoplásica, fig. 9, correspondeu o 2º lugar com 715 casos (20,6%). Neste sector, o cancro colorrectal foi maioritário (625 casos) e a fig. 10 mostra a incidência topográfica desta patologia por regiões do cólon e recto. No cólon direito verificaram-se 129 casos (21%) e no cólon esquerdo 414 casos (66%). Á região sigmoideia correspondeu a maior incidência com 311 casos (50%); no recto localizaram-se 68 casos (11%). Os tumores foram multicêntricos em 14 doentes (2%).

Na literatura, a oclusão do cólon é atribuível ao cancro colorrectal em 55% dos casos. A incidência de obstrução como complicação do cancro colorrectal é estimada em 6% a 29% e, o risco de obstrução aguda é de 8% a 10%⁴.

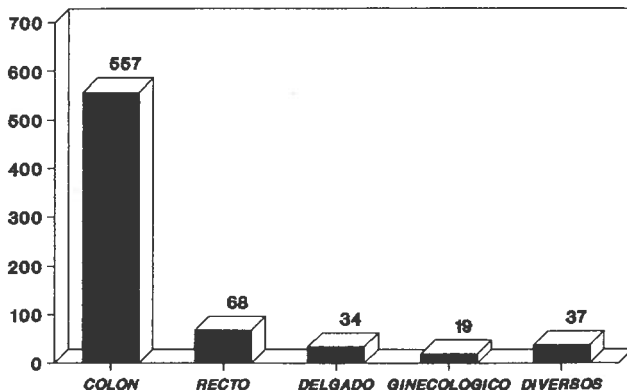


Fig. 9 - Oclusão Intestinal por Cancro em 715 Casos.

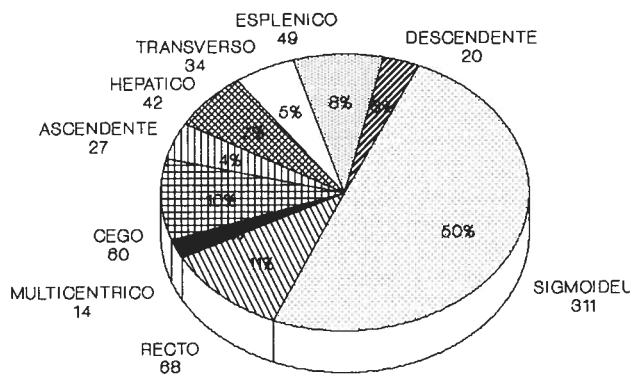


Fig. 10 - Cancro Colorrectal Localização de 625 Casos.

O cólon sigmoideu, onde é mais frequente a obstrução por cancro do cólon, corresponde a uma região em que o intestino é relativamente estreito e o conteúdo fecal sólido. Os tumores localizados no cólon transverso e no ângulo esplénico apresentam um maior risco de se manifestarem em obstrução; assim, a probabilidade de obstrução neoplásica consoante a localização, é referida por Welch ser, respectivamente, de 50% para os tumores do ângulo esplénico, de 25% para os do cólon direito ou para os do cólon esquerdo e de 6% para os do recto⁴.

Com outras origens, a doença neoplásica, foi responsável por obstrução intestinal em: 19 casos de cancro ginecológico, 19 casos de cancro do intestino delgado, 6 casos de cancro gástrico, 3 casos de cancro do mesentério, 5 casos de cancro com origem retroperitoneal, 1 caso de cancro da vesícula biliar e 11 casos por carcinomatose peritoneal. Em 26 situações, a origem foi inconclusiva por insuficiência processual.

As oclusões por brida e aderências post operatórias, situaram-se em 3º lugar com 568 casos (16,4%). Um número crescente de operações, por esta entidade, tem sido referido por vários autores, que o atribuem ao aumento substancial de intervenções cirúrgicas abdominais. Esta percentagem é idêntica à referida por Welch para as obstruções do intestino delgado, por brida e aderências, nos países em desenvolvimento; regiões, onde o estrangulamento herniário é a causa predominante de oclusão

intestinal. Em contraste, nos países ocidentais desenvolvidos, esta etiologia é responsável, em média, por 55% das obstruções deste sector intestinal. O ileon é a região mais frequentemente atingida e, o menor envolvimento do jejunó é atribuível, respectivamente, ao maior diâmetro visceral, ao mesentério mais curto e à sua menor mobilidade. Em média, o cólon é envolvido em 2% a 10% dos casos de oclusão por esta causa.

A etiologia inflamatória, 124 doentes (4%), teve na diverticulite cólica (101 casos), a causa mais frequente. A incidência de obstrução intestinal na diverticulite varia de 7% a 15% na maioria das séries que se referem a esta complicação da doença diverticular⁴. A diverticulite cólica pode causar obstrução, por diversos mecanismos, quer do intestino delgado quer do cólon. As ansas delgadas, frequentemente, dilatam por ileus localizado provocado pelo processo de diverticulite aguda; estes fenómenos tenderão a regredir com o tratamento médico da diverticulite, salvo na persistência de um eventual abscesso; noutras circunstâncias, a obstrução entérica pode surgir por aderências ao processo inflamatório. A obstrução cólica parcial, como complicação de diverticulite, pode ocorrer na sequência de edema e inflamação pericólica ou abscesso; mais rara, a obstrução cólica total, pode suceder ao encravamento por fezes ou corpo estranho numa parede cólica estenosada por marcada fibrose. A zona de obstrução é usualmente a ansa sigmoideia⁴.

A doença de Crohn manifestou-se em 18 doentes, localizando-se em 14, no intestino delgado e em 4, no cólon.

O volvo intestinal, 111 doentes (3%), incidiu maioritariamente no cólon com 85 casos (19 no cólon direito, 1 no cólon transverso e 65 no cólon esquerdo) e o volvo do intestino delgado ocorreu em 26 casos.

A invaginação intestinal foi, predominantemente, patologia pediátrica com 40 casos; no adulto registaram-se 8 casos. O intestino delgado foi a localização mais frequente (45 casos) e no cólon registaram-se 3 casos.

A isquémia mesentérica, em 143 doentes, representou a maioria (66%) dos casos de oclusão intestinal adinâmica, fig. 8.

A embolia é a causa mais frequente de isquémia mesentérica (25% a 30%), sendo a patologia cardíaca aterosclerótica a sua principal origem. A artéria mesentérica superior é a principal zona de localização embólica. Cerca de metade dos embolos situam-se distais á origem da artéria cólica média (4 a 6 cm da origem da Artéria Mesentérica Superior) e menos de 20% localizam-se proximalmente a este vaso. Em condições favoráveis de embolia mesentérica proximal, a existência de circulação colateral, pode condicionar reabilitação distal com conseqüente menor repercussão isquémica. A trombose mesentérica aguda, é responsável por 10% a 15% dos casos de isquémia mesentérica, e tende a ocorrer nos 3 cm proximais da AMS, condicionando, em regra, extensa necrose intestinal. A trombose venosa mesentérica, que incide em 5% a 15% dos casos de isquémia mesentérica, é descrita em associação com diversas patologias como: cirrose nutricional, cancro do cólon e do pâncreas, traumatismo cirúrgico, traumatismo abdominal fechado, estados de hipercoagulação, etc..

Na nossa casuística, pelos dados disponiveis, é impossível precisar a caracterização etiológica da isquémia intestinal; no entanto, a referência ao tipo de intervenção e

à magnitude da ressecção poderá contribuir para um exercício individual de suposição relativamente à etiologia e à localização do acidente vascular. Em 46 doentes (32%) foram realizadas enterectomias segmentares, havendo em 4 casos menção a embolectomia mesentérica; em 56 doentes (39%) foram realizadas enterocolecotomias; em 10 doentes (7%) foram realizadas colecotomias segmentares, quantitativo, que engloba 6 casos de reintervenção por isquémia cólica post cirurgia de aneurisma da aorta abdominal. Em 6 doentes (4%) ocorreu necrose intestinal total.

Clássicamente, o ileus paralítico ocorre num contexto médico agudo e, o diagnóstico e respectivo tratamento médico restabelecem, em princípio, a função intestinal. Várias circunstâncias, quer sistémicas quer confinadas ao intestino, simularam um quadro clínico de oclusão intestinal mecânica nos 16 casos de ileus paralítico desta série (que inclui 4 casos de Síndrome de Ogilvie), e cujo diagnóstico definitivo foi post operatório.

Outras etiologias, com expressão menos significativa, são enumeráveis a par das referidas nos parágrafos anteriores.

Sob a rúbrica *casos não apurados*, em número de 243 (7%) no adulto, designamos todos aqueles cujos processos foram inconclusivos no que ao diagnóstico se refere, fig. 6.

Em regra, a terapêutica médica dos doentes em oclusão intestinal integrou todos os avanços verificados no tratamento da oclusão intestinal, resumidos por Welch: perfusão intravenosa de soros para correcção dos desvios hidroelectrolíticos, descompressão nasogástrica de rotina, uso de antibióticos sistémicos contra aeróbios e anaeróbios, melhoria dos agentes e técnica anestésicas, intervenção cirúrgica precoce com eventual excisão de intestino desvitalizado, técnicas anastomóticas e descompressivas assépticas, suporte nutricional post operatório⁴. O acesso a unidades de cuidados intensivos revelou-se fundamental na redução da mortalidade post operatória, dos doentes em estado crítico⁵.

Como tratamento cirúrgico primário foram realizadas 3679 operações. A fig. 11 evidencia, sumariamente, as principais atitudes terapêuticas tendo em conta a respectiva afinidade do gesto cirúrgico, independentemente da etiologia subjacente.

Na maioria dos doentes, 1962 ou (53%), não foi necessário proceder a ressecção intestinal para resolução da respectiva oclusão; O principal contributo para este grupo adveio da oclusão intestinal por patologia herniária (1431 casos) e por brida (504 casos), cujos índices de ressecção foram equivalentes (11%).

Em 1213 doentes (33%) a ressecção intestinal integrou o protocolo cirúrgico, fig. 12; tendo a colecotomia primária tido lugar em 810 doentes e a enterectomia, em extensão variável, em 403 casos.

A derivação externa, como gesto exclusivo, teve lugar em 270 doentes (7%), tendo expressão mais significativa a do cólon com 259 casos, fig. 13.

A derivação interna, 49 casos (1,3%), foi opção de excepção.

Como *laparotomia*, designam-se situações de descrição protocolar inconclusiva, 185 casos (5%).

A especificação terapêutica por entidade nosológica tornar-se-ia fastidiosa nesta apreciação global. Todavia, procedemos a uma breve excepção no que refere ao tratamento cirúrgico primário da oclusão intestinal por cancro

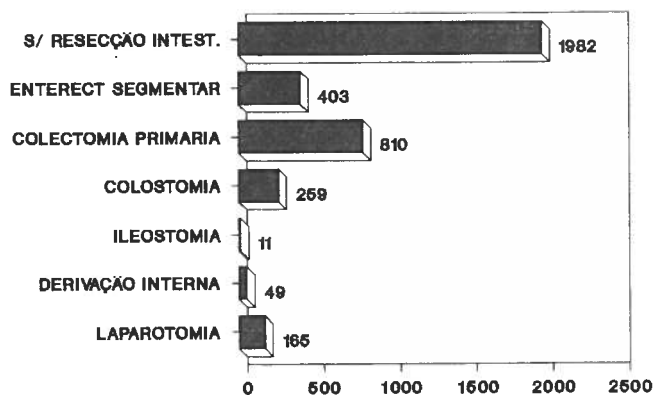


Fig. 11 - Tratamento Cirúrgico em 3679 Operações.

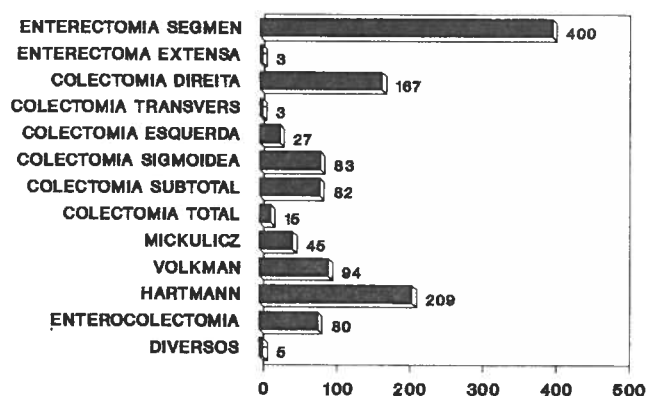


Fig. 12 - Ressecção Primária em 1213 Casos.

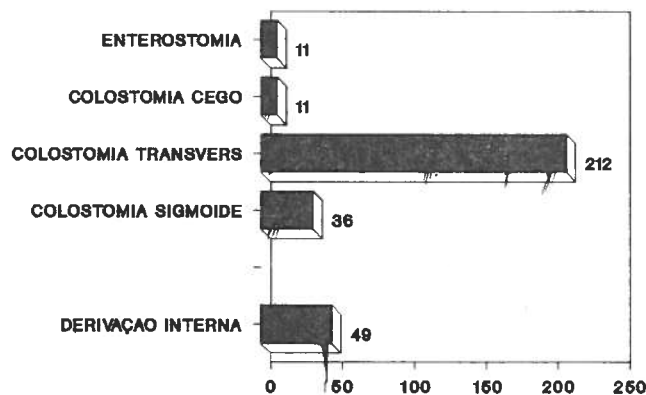


Fig. 13 - Cirurgia de Derivação em 319 Casos.

colorrectal; justifica-mo-lo pela diversidade opcional e respectiva controvérsia, pela evolução táctica registada, na UUC-HCL, e pelo envolvimento, contributo e experiência do nosso grupo de trabalho⁵⁻⁸.

A opção cirúrgica mais adequada nos doentes com cancro obstrutivo do cólon, é difícil e tem sido controversa. O respeito pelos princípios cirúrgicos é crucial pelo perigo de contaminação intraoperatória e sepsis, decorrentes da manipulação do intestino não preparado. A opção técnica deve basear-se na condição do doente.

Os procedimentos descompressivos (ex. a colostomia do transversal) podem ser utilizados só ou em combinação com as ressecções do cólon. As duas técnicas são frequentemente confrontadas de acordo com os méritos relativos respectivos; no entanto, perante situações clínicas particulares, podem usar-se complementarmente para optimização dos resultados⁴. A ressecção primária tem várias vantagens em relação á abordagem por tempos operatórios: redução do tempo de hospitalização e de convalescença; redução do número de operações e dos riscos inerentes respectivos; excisão do cancro na primeira operação, pelo que a imunocompetência do doente não é reduzida por operações múltiplas; e, em caso de perfuração, a excisão imediata elimina a fonte de sepsis, mais eficazmente do que o obtido por uma colostomia e drenagem iniciais.

A realização da ressecção primária, pode ser sucedida de três atitudes: 1. anastomose imediata, 2. anastomose com colostomia de protecção, ou 3. exteriorização de um ou ambos os cotos, sem anastomose.

A excisão primária do sector patológico, foi opção em 430 doentes (69%) com obstrução por cancro colorrectal, fig. 14. Em 252 casos a ressecção intestinal foi seguida de restabelecimento imediato da continuidade intestinal; e noutros 178 casos de interrupção da mesma (114 doentes por operação de Hartmann e 64 casos por operações de Mickulicz ou Volkman). Em 195 doentes (31%) foram realizadas outras opções, maioritariamente, de derivação externa, fig. 15.

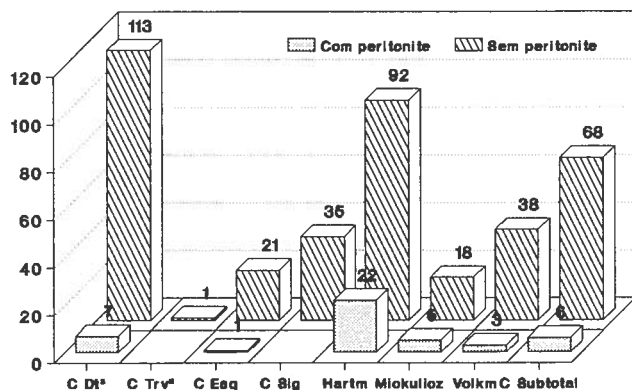


Fig. 14 - Cancro Colorrectal Ressecção Colica Primária em 430 Doentes.

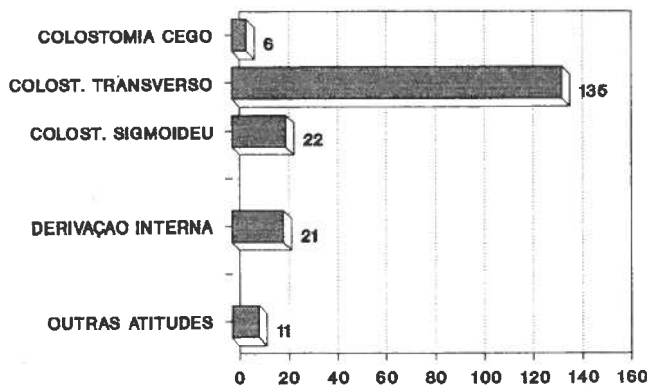


Fig. 15 - Cancro Colorrectal. Cirurgia de derivação em 195 Doentes (31%).

Na fig. 16 comparamos e sintetizamos o tratamento cirúrgico primário no conjunto das 625 operações realizadas. Numa observação de pormenor, constatamos dois tipos de contributo para o referido gráfico, consoante a localização tumoral: assim, nos doentes com tumores do cólon direito, em número de 153, foram realizadas 126 atitudes de ressecção primária, com uma distribuição e constância homogêneas ao longo do período em análise; o que, pressupõe a aceitação deste gesto como o mais conveniente. As 27 atitudes de derivação, interpretam-se como sendo a excepção (realizadas nos casos mais críticos).

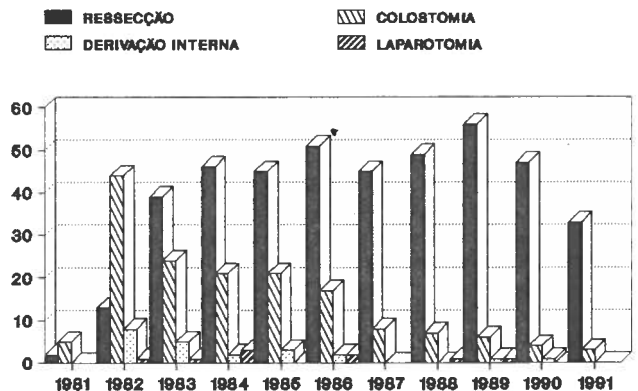


Fig. 16 - Tratamento Cirúrgico Primário - Evolução em 625 Operações por Cancro Colorrectal.

É nos doentes com tumores localizados no cólon esquerdo que se observou uma nítida e persistente inflexão de atitude na abordagem cirúrgica inicial. No ano de 1982, a colostomia, para tratar ou aliviar a obstrução com resolução da complicação, foi a atitude mais frequente, pressupondo uma opção pelo tratamento em dois ou três tempos; no entanto, nos anos subsequentes assistimos a uma mudança ponderada, que acompanhou o favoritismo e a experiência de outros centros, no sentido da ressecção lesional imediata^{4,6,9}, visando não só resolver a complicação mas, sobretudo, o simultâneo tratamento da doença - o tumor, cuja única terapêutica eficaz é constituída pela ressecção cirúrgica do segmento cólico atingido e do seu território de drenagem linfática⁵. Em 155 doentes foi restabelecida a continuidade cólica, repondo a função⁵ por anastomose imediata à excisão da lesão, significando o tratamento destes doentes num só tempo operatório: em 58 casos após colectomia esquerda de amplitude diversa e em 97 casos na sequência de colectomia subtotal ou total por cancro oclusivo do cólon em localização variada com ileocolostomia, ileosigmoidostomia ou mesmo ileorectostomia⁸. Em 9 doentes, com cancro oclusivo do cólon sigmoideu, foi realizada anastomose primária após colectomia sigmoideia e lavagem anterógrada do cólon proximal.

Um gesto cirúrgico suplementar, durante o internamento hospitalar, foi realizado em 74 doentes (2%), previamente operados em oclusão intestinal, por complicações várias que impuseram reintervenções de urgência. A fig. 17 explicita as determinantes deste gesto adicional.

Os resultados finais foram avaliados, sómente, para os doentes adultos, abrangendo a revisão de 2984 registos (86%). Assim, 2241 doentes (64%) tiveram alta. Em 363

casos (10%), contudo, experimentaram-se dificuldades na recolha de informações acerca do destino dos doentes: destes, 253 doentes (7%) não deram entrada nas enfermarias de retaguarda (Serviços 4) da U.U.C.-H.C.L., quantitativo que englobará um número não quantificado de transferências para outros Serviços do grupo H.C.L., no intervalo (11 anos) correspondente a este levantamento; nos restantes 413 casos (12%), não foram apurados os destinos finais, relativamente ao binómio alta/transferência.

A mortalidade operatória (adultos), foi de 377 óbitos, taxa de mortalidade de 10,8%, fig. 18, valor considerável intermédio se comparado com os referidos por outros autores, Quadro 3 (adaptada de Ellis)¹.

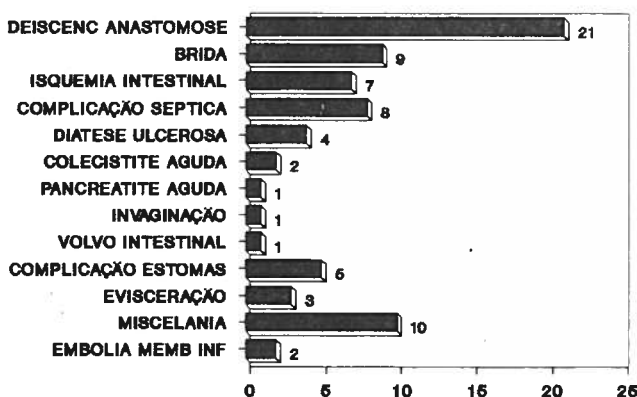


Fig. 17 - Causas de Reintervenção.

QUADRO 3 - Taxas de Mortalidade - Tabela Comparativa (1925-1991)

Autor	Ano	Local	Total	Mort. (%)
Souttar	1925	Inglaterra	3064	26
Vick	1932	Inglaterra	6892	26
Hudson et al	1941	Inglaterra	670	22
Eliason & Welty	1947	E.U.A.	292	11
Smith et al	1955	E.U.A	1252	14,5
Becker	1955	E.U.A	1007	18,7
Barling	1956	Australia	355	20
Waldron & Hampton	1961	E.U.A.	493	14
Kaltiala et al	1972	Filândia	558	8
Ellis	1980	Inglaterra	253 (A)	6
Guedes et al	1992	Portugal	3476 (A)	10,8

Considerando a redução das taxas de mortalidade ao longo do século, Welch, refere como taxas de mortalidade actuais, cerca de 10% nas obstruções do intestino delgado e de 10% a 15% nas do cólon⁴.

No subcapítulo da oclusão intestinal mecânica, o cancro com 169 óbitos foi a patologia com maior taxa de mortalidade quer em termos globais (45%) quer em termos relativos à patologia neoplásica (23,7%).

Foram identificados 145 óbitos (23%) por cancro colorrectal. Na atitude de ressecção, ocorreram 92 óbitos (21% de 430 excisões) e, na de derivação, verificaram-se 36 óbitos (22%) em 163 colostomias e 10 óbitos (48%), em 21 derivações internas.

De entre as condições do doente, locais ou gerais, que mais influenciaram a mortalidade por cancro colorrectal, referimos a existência de peritonite que, como complicação pré-operatória, condicionou 26 óbitos em 63 doentes (41%); comparativamente, nos 562 doentes sem tal complicação, ocorreram 119 óbitos (21%). Na fig. 19 explicita-se a mortalidade por intervenção cirúrgica e no Quadro 4 compara-se, por tipo de operação, a influência negativa que a existência prévia de peritonite teve sobre a mortalidade.

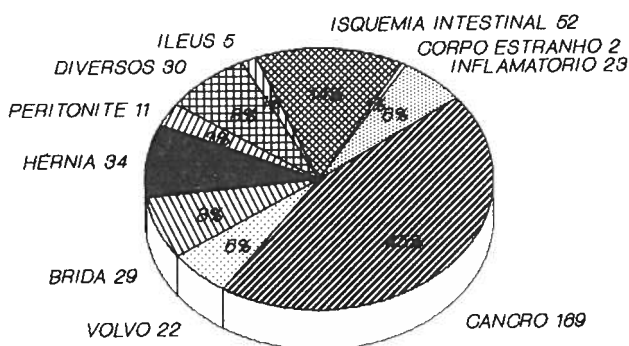


Fig. 18 - Mortalidade Operatória 377 Óbitos (10,8%) em 3476 Adultos.

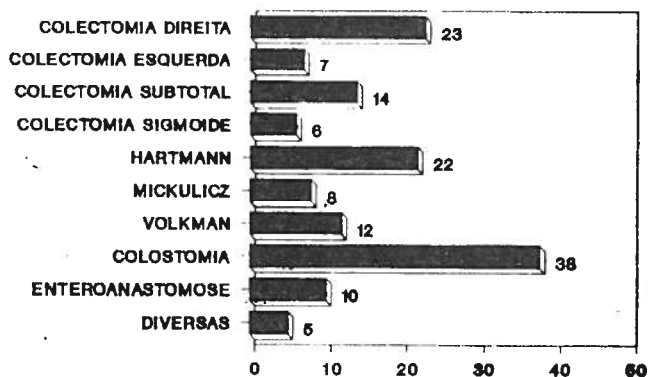


Fig. 19 - Mortalidade no Cancro Colorrectal por Técnica Operatória (145 Óbitos).

QUADRO 4 - Mortalidade no Cancro Colorrectal por Técnica Operatória (145 Óbitos)

	Total 145	Sem Peritonite		Com Peritonite	
		N.º	%	N.º	%
Colectomia Direita	23	20	18%	3	43%
Colect Esquerda	7	6	29%	1	100%
Colect Subtotal	14	11	16%	3	50%
Colect Sigmoides	6	6	18%		
Hartmann	22	14	15%	8	36%
Mickulicz	8	7	39%	1	20%
Volkan	12	10	26%	2	66%
Colostomia	38	32	22%	6	38%
Enteroanastomose	10	10	30%		
Diversas	5	3	50%	2	100%

A taxa de mortalidade relativa para o volvo intestinal foi de 22%; para as causas inflamatórias (relevo para as complicações da doença diverticular) de 18,5%; para a brida post operatória de 5,3%; e, para as complicações herniárias de 2,3%.

Na isquémia intestinal registou-se a alta mortalidade de 52 óbitos a que corresponde a taxa de mortalidade de 39%.

No global, a existência de peritonite, 83 doentes, condicionou uma maior mortalidade (31 óbitos ou 37%).

CONCLUSÕES

Procedeu-se ao levantamento sobre oclusão intestinal num grande serviço de urgência cirúrgica, como o foi a U.U.C. dos H.C.L., com o intuito de conhecer melhor alguns aspectos deste quadro clínico entre nós, mormente no que respeita a: incidência das diferentes etiologias, terapêutica cirúrgica e resultados. Recorremos à representação gráfica como estratégia de melhor agrupar e posicionar valores afins relativamente a grupos, por alguma razão homogêneos e que individualizamos, no decorrer da sistematização.

Foi equivalente a distribuição por sexos: feminino, 49% e masculino, 51% e os grupos etários mais afectados situaram-se entre a 4ª e a 8ª década de vida.

À forma mecânica de obstrução intestinal corresponderam 94% dos casos desta casuística; nela, as patologias mais frequentes foram: a hérnia externa estrangulada (46%), o cancro (20,6%), a brida (16%), a doença inflamatória (4%) e o volvo intestinal (3%).

No tratamento das oclusões por cancro do cólon esquerdo tem-se vindo a consolidar a opção pela colectomia subtotal em um só tempo.

Registaram-se 377 óbitos. A correspondente taxa de mortalidade (adultos), de 10,8%, é um valor sobreponível, em média, ao verificado noutras séries.

As patologias com maior taxa de mortalidade relativa foram: a isquémia mesentérica (39%), o cancro (23%), o volvo intestinal (22%) e a doença inflamatória (18,5%).

BIBLIOGRAFIA

1. ELLIS H.: Intestinal Obstruction. Appleton Century Crofts, New York, 1982.
2. HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA: Ordens de Serviço: nº 13 de 24.03.1981 (Implementação da Unidade de Urgência Cirúrgica), nº 21 de 24.07.1981 (regulamentação da UUC no âmbito da reestruturação do Serviço de Urgência do Hospital de S. José) e nº12/CD/91 de 7.03.1991 (Descentralização do Serviço Comum de Urgência dos HCL).
3. SARR M G; TITO W A: Intestinal Obstruction, Surgery of the Alimentary Tract, Volume V, third edition, W. B. Saunders Company, 1991.
4. WELCH: Bowel Obstruction, W. B. Saunders Company, 1990.
5. PEREIRA C A : A Cirurgia nas Obstruções do Cólon e Recto por Cancro. Tese de Doutoramento, Lisboa 1991.
6. GUEDES S; PEREIRA C A et al: A Operação de Hartmann na Cirurgia Cólica de Urgência, Bol Clin HCL; 47(1-2): 69-75.
7. GIRIA J; MARTINS A S; BANDEIRA A: Colectomias Subtotais na Urgência. Bol Clin HCL; 41(1-2): 41-44.
8. GIRIA J; MARTINS A S ; PEREIRA C A: One-stage subtotal colectomy without diversion in emergency situations of complete obstruction of the left colon by cancer: Report of 13 personal cases. Proceedings of the VII th International Congress of Emergency Surgery, Munich, Sept 1985; 299-302.
9. FIELDING LP; WELCHE J: Intestinal Obstruction. Churchill Livingstone, 1987.