



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 10 • Setembro 2009

Meglumina e oclusão do Intestino Delgado; uma associação eficaz

Meglumine and Small Bowel occlusion; an effective association

Natália Santos

RESUMO

A abordagem da oclusão do intestino delgado tem-se modificado ao longo dos tempos, existindo hoje um lugar cada vez mais importante para a terapêutica conservadora. Para esta atitude é fundamental a distinção entre oclusão total e parcial. O uso de contrastes hidrossolúveis tem-se mostrado de grande utilidade na resposta a este objectivo, mas parece não se poder excluir também algum efeito terapêutico. Os autores apresentam um estudo em que usam a meglumina para definir o tipo de oclusão do Delgado e consequente abordagem terapêutica.

Métodos – Estudo prospectivo envolvendo 93 doentes admitidos pelo serviço de urgência, num período de 18 meses, com o diagnóstico de oclusão do intestino delgado sem indicação para cirurgia urgente e nos quais foi administrado o contraste oral hidrossolúvel meglumina. Definiu-se a presença de oclusão parcial do delgado mediante a visualização de contraste no cólon direito na radiografia abdominal realizada às 8-12 horas após a ingestão do mesmo.

Resultados – 82 doentes foram classificados como tendo oclusão parcial, sendo o tratamento conservador eficaz em 81, com um tempo médio de internamento de 2 dias. O doente restante necessitou de tratamento cirúrgico por agravamento após melhoria inicial. Os restantes 11 casos foram classificados como tendo uma oclusão total, com necessidade de cirurgia em todo eles.

Conclusão – Os AA concluem, em sintonia com a mais recente literatura, que o uso da meglumina nas situações de oclusão intestinal do delgado sem indicação urgente para cirurgia é útil para prever o sucesso do tratamento conservador com base na capacidade de classificação das oclusões em parciais e completas.

Palavras-chave: oclusão do intestino delgado; classificação; meglumina; opção terapêutica.

SUMMARY

Small bowel occlusion approach has been modified over time towards a initial conservative treatment; to this attitude, distinction between full and partial occlusion is fundamental. Water soluble contrasts can meet this purpose, but we can not exclude some therapeutic effect of them. The authors (AA) present a study about the use of meglumine to define small bowel occlusion and therapeutic management.

Methods – Prospective study conducted on 93 patients admitted at the emergency room in a period of 18 months, with the diagnosis of small bowel occlusion with no indications for urgent surgery, whom received water soluble contrast meglumine. Partial small bowel occlusion was considered if oral contrast was visualized in the right colon on abdominal plain radiographie conducted 8 -12 hours after contrast ingestion.

Results – 82 patients were classified as having partial occlusion, being conservative treatment effective in 81, with a median length of hospital stay of 2 days. The other patient need surgical treatment because presented worsening after initial recovery. The remainder 11 cases were classified has having total occlusion and all of them needed surgical therapy.

Conclusion – The AA concluded, according with the most recent literature, that meglumine is useful to predict success of conservative treatment when applied to patients with small bowel occlusion with out need for urgent surgery, as it can classify occlusion in partial or complete.

Key-words: small bowel obstruction; classification; meglumine; therapeutic management



INTRODUÇÃO

A oclusão intestinal é provavelmente a principal causa de abdómen agudo, contribuindo com cerca de 20% das admissões em cirurgia por dor abdominal. Em 80% dos casos a obstrução encontra-se no intestino delgado.

Neste contexto, apesar do ileus ser ainda a etiologia mais frequente, a obstrução mecânica secundária a bridas / aderências pós-operatórias é hoje, particularmente nos países desenvolvidos, um problema de importância crescente.

O tratamento desta patologia constitui ainda um verdadeiro desafio para o Cirurgião. Se poucas dúvidas existem acerca da necessidade de uma abordagem cirúrgica urgente em casos de oclusão complicada de abdómen agudo, tal não sucede na larga maioria dos doentes, nos quais está indicado um período de estabilização e vigilância durante o qual é possível, e fundamental, a realização de exames que permitam a classificação da oclusão intestinal em parcial ou total.

Várias publicações recentes têm demonstrado o interesse da administração de contraste oral hidrossolúvel, à base de meglumina, na distinção entre obstrução total e parcial ⁽¹⁾, considerando-se a presença de contraste no cólon direito, em radiografia abdominal realizada até 24 horas e mesmo às 4 e 8 horas após a administração, um indicador de oclusão parcial ^(1,2,3).

De acordo com trabalhos já publicados, a obstrução parcial, assim diagnosticada, é geralmente passível de uma abordagem conservadora, não operatória ⁽³⁾.

Os AA apresentam um estudo prospectivo considerando a utilização de contraste oral hidrossolúvel nos quadros de oclusão do intestino delgado, em doentes sem indicação para tratamento cirúrgico urgente.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo prospectivo não randomizado, envolvendo 93 doentes admitidos pelo Serviço de Urgência com quadro clínico de oclusão do intestino delgado, entre Janeiro de 2006 e Junho de 2007, com idades com-

preendidas entre os 17 e 89 anos, dos quais 43 eram do sexo feminino e 50 do sexo masculino.

O diagnóstico de oclusão foi realizado com base:

– **Clínica:** todos os doentes apresentaram dor abdominal tipo cólica, paragem de emissão de gases e fezes, náuseas ou vômitos e algum grau de distensão abdominal.

– **Radiografia simples do abdómen:** presença de distensão de ansas com níveis hidroaéreos de delgado (93 doentes).

– **Antecedentes de cirurgia abdominal** (91 doentes).

Cirurgias	N.º de doentes
Cólon e recto	27
Ginecológica	20
Apendicectomia	20
Trauma abdominal	11
Colecistectomia por via aberta	3
Videocolecistectomia	2
Amputação abdomino-perineal	4
Urológica	2
Vascular	2

Tabela 1 – TAC abdomino-pélvica (2 doentes sem antecedentes cirúrgicos).

Em todos os doentes foi administrado contraste oral hidrossolúvel à base de meglumina (100ml a 300mg/ml – loxitalamato de meglumina 66,03gr, Iodo 30gr), na quantidade de 100ml, em 90 doentes pela sonda nasogástrica (SNG), após um período de uma hora em drenagem livre, e por via oral em 3 doentes, dada a não indicação para intubação, com boa tolerância.

Após a administração do contraste procedeu-se à clampagem da SNG, que se manteve até à execução da radiografia abdominal de controle realizada nas 8-12 horas seguintes, ou até o doente manifestar desconforto/sensação de vômito.

Definiu-se oclusão intestinal parcial mediante a presença, na radiografia de controle, de contraste no cólon direito e oclusão total, ou completa, perante a ausên-



cia de contraste nessa localização após o período de tempo definido.

Em todos os doentes foi instituída uma abordagem conservadora idêntica: pausa alimentar, colocação de SNG se vômitos incoercíveis (90 doentes), fluidoterapia, analgesia com espasmolítico (butilescopolamina), vigilância clínica, laboratorial e radiológica seriadas.

O diagnóstico de oclusão intestinal parcial implicava a remoção da SNG e a introdução de dieta líquida progressiva, não se aguardando o restabelecimento do trânsito intestinal.

RESULTADOS

	Oclusão parcial	Oclusão total
Total doentes - 93	82	11
Tratamento conservador		
- Eficaz	81 doentes	-----
- Tempo médio de internamento	2 dias	-----
Tratamento cirúrgico	1	11
- Tempo médio internamento	17 dias	9-20 dias
- Tempo até à cirurgia	24 horas	↓
Tipo de cirurgia		
- Lise de aderências -----	-----	7 < 48 horas
- Idem + ressecção intestinal ----	1	4 > 48 horas

Tabela 2

Dos 93 doentes, 82 foram classificados como tendo oclusão parcial, havendo resolução do quadro oclusivo com a abordagem conservadora em 81, com um tempo médio de internamento de 2 dias.

Um doente inicialmente classificado neste grupo apresentou agravamento do quadro após melhoria inicial, tendo sido operado pelo 2º dia, realizando-se secção de brida e ressecção intestinal segmentar, com alta hospitalar ao 17º dia.

Dos 82 doentes classificados como tendo oclusão parcial, 74 tiveram restabelecimento do trânsito intestinal nas primeiras 12 horas e os restantes 8 até às 24 horas.

Os restantes 11 doentes, classificados de oclusão intestinal total ou completa, necessitaram todos de abordagem cirúrgica, sendo o “*timing*” da referida intervenção decidida pelo respectivo cirurgião responsável. Uma vez em curso a avaliação desta metodologia diagnóstica, os critérios utilizados para decisão de intervenção cirúrgica basearam-se na evolução da sintomatologia e na avaliação clínica e laboratorial seriadas, realizadas sempre pelo mesmo cirurgião que internou o doente.

Nos 7 doentes submetidos a laparotomia exploradora dentro das primeiras 48 horas de internamento, houve necessidade de proceder apenas a gestos cirúrgicos minor, enquanto nos restantes 4, observados na fase inicial da aplicação desta metodologia e operados após as 48 horas, foi associada uma ressecção segmentar de delgado por isquémia irreversível. Nestes doentes o tempo de internamento variou entre os 9-20 dias.

É de referir que não ocorreu qualquer complicação associada ao uso do contraste oral hidrossolúvel nem se registou qualquer mortalidade no total dos doentes internados.

Durante os 18 meses do estudo foi registada apenas uma readmissão, 10 meses após o primeiro episódio de oclusão tratada conservadoramente e que, mais uma vez, respondeu à terapêutica médica.

Na globalidade dos nossos doentes o sucesso do tratamento conservador foi de 87,1%, sendo de 98,8% nos doentes classificados como tendo oclusão parcial pela administração de meglumina.

DISCUSSÃO

Independentemente do tipo, a oclusão intestinal representa sempre uma situação grave que requer uma abordagem terapêutica urgente altamente individualizada, baseada no tipo da obstrução e no status clínico do doente ⁽²⁾.



É igualmente consensual que quase todos os doentes beneficiam de um período de optimização das alterações metabólicas, muito particularmente os doentes com obstrução do intestino delgado (OID), requerendo uma fluidoterapia agressiva ^(2,4).

Na sua larga maioria, os doentes não apresentam critérios para cirurgia urgente, pelo que durante o período de optimização a clínica, os exames laboratoriais e a radiografia simples do abdómen de pé e deitado permitem uma abordagem correcta, quer diagnóstica, quer terapêutica.

Perante o diagnóstico de OID e à luz dos conhecimentos actuais, é importante determinar se estamos perante uma oclusão parcial ou completa ⁽²⁾. Esta distinção é considerada fundamental, dado que na oclusão parcial o compromisso vascular é negligenciável e o tratamento conservador eficaz entre os 85-90%. Pelo contrário, na presença de obstrução completa, a percentagem de resolução com abordagem conservadora é inferior a 10% e o risco de compromisso vascular de 20-40%.

Mais importante é o facto que, no presente estado da arte, nenhum indicador clínico ou laboratorial pode discriminar com segurança a presença de compromisso vascular reversível de irreversível ⁽⁵⁾. Habitualmente, quando surgem os sinais de compromisso vascular, quer clínicos quer laboratoriais, são tardios e traduzem já a presença de necrose em mais de 50% dos casos.

É sabido que a intervenção cirúrgica precoce, nos doentes com obstrução completa, reduz a necessidade de ressecção intestinal, a qual está claramente associada a uma maior taxa de morbimortalidade.

Parece portanto lógico que a chave para uma abordagem correcta da OID passe pela distinção desses dois tipos de oclusão. Nos últimos anos, alguns estudos têm demonstrado a eficácia dos contrastes hidrossolúveis na distinção entre oclusão parcial da total, considerando-se a primeira pela presença de contraste no cólon direito, em radiografia simples do abdómen realizada 8 a 12 horas após a sua administração oral ^(1,2,3).

Perspectiva igualmente decisiva reside no facto de que a classificação de oclusão parcial, assim obtida, se associa a um sucesso do tratamento conservador com uma sensibilidade entre os 90-100% ^(1,2).

O contraste hidrossolúvel mais usado consiste numa mistura de diatrizoato de sódio e de meglumina, com uma osmolaridade de 1900 mosm/l.. Para além da sua importância no diagnóstico, esta substância parece ter também algum efeito terapêutico. Sendo uma substância osmoticamente activa, chama líquidos para dentro do lúmen intestinal, aumentando assim a pressão no local da obstrução e diluindo o conteúdo intestinal, facilitando a sua progressão. Por outro lado, este movimento de água diminui o edema da parede das ansas intestinais e estimula a sua contractilidade ^(6,7). Por outro lado, não têm sido atribuídos efeitos secundários ou contraindicações ao uso deste tipo de contrastes, excepto uma particular atenção nos doentes com insuficiência cardíaca e renal, devendo assegurar-se uma boa fluidoterapia e evitar a sua administração nos doentes com vômitos sem prévio esvaziamento gástrico, de modo a diminuir os riscos de uma pneumonia aspirativa ^(3,7).

Resultados recentes da aplicação destes contrastes na abordagem dos doentes com OID demonstraram que o tratamento conservador nas oclusões parciais e a cirurgia mais precoce, nas oclusões classificadas de completas ou totais, contribuíram para a redução do número de intervenções cirúrgicas, da taxa de ressecções por isquémia irreversível, da morbimortalidade e finalmente no tempo médio de internamento ^(1,3).

A nossa experiência na abordagem destes 93 casos vem reforçar os conceitos anteriormente referidos, dado que obtivemos com a abordagem conservadora um sucesso de 98,8%, sempre que a oclusão foi classificada de parcial com o uso da meglumina, com um tempo médio de internamento de apenas 2 dias.

Este tempo de internamento será provavelmente atribuído a uma atitude mais liberal, retirada da SNG e início da ingestão oral mais precoces, mas em que o eventual papel terapêutico da meglumina deverá também ser levado em consideração (todos os doentes com contraste no cólon direito na radiografia de controlo às 8-12 horas após a ingestão da sua ingestão tiveram trânsito intestinal nas primeiras 24 horas de internamento).

Ressalta ainda da avaliação da nossa casuística que em todos os casos classificados de oclusão completa foi necessária intervenção cirúrgica e que, sempre que esta



foi efectuada após as 48 horas de internamento, houve necessidade de associar uma ressecção intestinal segmentar, por isquémia irreversível.

CONCLUSÕES

A oclusão do intestino delgado constitui um problema frequente nos Serviços de Cirurgia.

Perante um quadro de oclusão do intestino delgado é necessário distinguir entre oclusão parcial e total, tendo esta distinção implicação na opção terapêutica e no timing da cirurgia.

A administração do contraste hidrossolúvel foi altamente eficaz na classificação dos nossos doentes. Este facto permitiu-nos, na oclusão parcial, diminuir de forma significativa o tempo de internamento e por extensão, os custos.

Na oclusão total, os nossos resultados, apesar de englobarem um número limitado de doentes (11 casos), vêm no mesmo sentido de outras séries, indicando por princípio uma abordagem cirúrgica precoce, diminuindo assim a taxa de ressecções intestinais.

Considerando todos estes factos, associados à quase inexistência de complicações / efeitos secundários da meglumina e ao seu baixo custo (à volta dos 19€), podemos afirmar que se trata, sem dúvida, de um procedimento adequado na abordagem inicial da OID, sem indicação para cirurgia urgente.

Mais estudos serão necessários, contudo os resultados deste trabalho e os que vão aparecendo na literatura talvez permitam aceitar, também, um papel efectivo da meglumina na terapêutica da oclusão parcial do intestino delgado.

BIBLIOGRAFIA

1. ABBAS S, BISSETT I P, PARRY BR. Oral water soluble contrast for the management of adhesive small bowel obstruction. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, issue 3, Art n°: CD 004651. DOI 10.1002/1465/1858.CD 004651. Pub 3.
2. W. SCOTT HELTON, PIERO M, FISICHIELLA. Intestinal obstruction. Assessment of intestinal obstruction. ACS surgery, principles and practice 2006; 603-622.
3. S. M. ABBAS, I.P BISSETT, B.R PARRY. Meta-analysis of oral water-soluble contrast agent in the management of adhesive small bowel obstruction. Br J Surg 2007, Vol.94, Number 4, 404-411.
4. SHEIN, MOSHE. Small bowel obstruction. Shein's common sense emergency abdominal surgery, Springer 2000.137-149.
5. ALGIRDAS BOGUSEVICIUS, ARUNAS GRINKEVICIUS, ALMANTA MALEKAS, JUOZAS PUNDZIUS. The role of D-Dimer in the diagnosis of strangulated small bowel obstruction. Medicina (Kaunas) 2007; 43(11),850-854
6. A R MARGULIS; Contrast media. The present status of water soluble iodine containing material in the examination of acute abdominal disease. Calif Med. 1969 March; 110(3): 193-199.
7. HOK-KWOK CHOL, KIN-WAH CHU, ET AL. Therapeutic value of gastrografin in adhesive small bowel obstruction after unsuccessful conservative treatment. A prospective randomized trial. Ann Surg 236(1): 1-6. 2002.
8. S BLONDO, D. PARÉ L, MORA ET AL. Randomized clinical study of Gastrografin® administration in patients with adhesive small bowel obstruction. Br J Surg, Vol. 90, Issue 5, 542-546.
9. CHOL HK, LAW WL HOJW, CHU KW. Value of gastrografin in adhesive small bowel obstruction after unsuccessful conservative treatment: a prospective evaluation. World J Gastroenterol, 11(24): 3742-3745.
10. VAKIL R, KALRA S. RAUL S ET AL. Role of water soluble contrast study in adhesive small bowel obstruction. A randomized controlled study. Indian journal of Surgery, 69, n°2, 2007. 47-51.
11. YAGCI GOKHAN, KAYMAKCIOGLU NIHAT ET AL. Comparison of urografin versus standard therapy in postoperative small bowel obstruction. J Invest Surg, vol 18, n°6, 2005. 315-320.
12. BRIAN A NOBRE, SIRI SAT KHALSA ET AL. Obstruction, small bowel. In e -medicine - <http://www.emedicine.com>

NATÁLIA SANTOS

H. De S. Teotónio EPE – Serviço de Cirurgia
Viseu, Av. Rei D. Duarte
3500-504 VISEU
natybap@portugalmail.pt

