

## Obstrução intestinal por brida em gestante: Relato de Caso

Kathelyn Ferreira Cordeiro<sup>1</sup>, Nathália Ney Silva<sup>2</sup>, Luiz Felipe Rabello e Silva<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Residente de Ginecologia e Obstetrícia do HEAA.

<sup>2</sup> Aluna da Faculdade de Medicina de Campos

<sup>3</sup> Médico Preceptor do HPC

### RESUMO:

**Introdução:** O abdome agudo é caracterizado por dor abdominal, de origem súbita ou progressiva, de intensidade variável. Sua incidência na gravidez situa-se em torno de um caso a cada 600 gestações. Dentre as causas não obstétricas, a obstrução intestinal ocupa o terceiro lugar entre as causas mais prevalentes, sendo responsável pela maior taxa de mortalidade nesse grupo de pacientes. A taxa de mortalidade materna pode atingir 10-20% e a fetal 26%.

**Objetivo:** Relatar um caso de obstrução intestinal por brida em gestante.

**Descrição:** Os autores relatam o caso de uma gestante de 34 anos, no terceiro trimestre de gestação, que foi hospitalizada com um quadro de dor abdominal intensa associada a náuseas, vômitos, lipotímia e constipação intestinal. Após 7 dias de internação, evoluiu com obstrução intestinal completa. No presente caso, a paciente tinha sido submetida à apendicectomia há 1 ano e 5 meses. Ela apresentou como alterações: Leucócitos: 11.300/mm<sup>3</sup>; Bastões: 4%; Segmentados: 79%; PCR: 168,2 mg/dl; Radiografia simples de abdome: Níveis de líquido em alças distendidas de delgado.

**Conclusão:** Esse caso demonstra a importância de se considerar causas não obstétricas como diagnóstico diferencial de dor abdominal em gestantes.

**Palavras-chave:** Abdome agudo, obstrução intestinal e gestante.

### ABSTRACT:

**Introduction:** The acute abdomen is characterized by abdominal pain, of sudden or progressive and variable intensity. Its incidence in pregnancy is located around one case per 600 pregnancies. Among the non-obstetric causes, intestinal obstruction ranks third among the most prevalent, accounting for the higher mortality rate in this group of patients. The maternal mortality rate can reach 10-20% and the fetal 26% fetal.

**Objective:** To report a case of intestinal obstruction because of adhesions in a pregnant women.

**Description:** The authors report the case of a pregnant woman 34 year old in the third trimester of pregnancy, who was hospitalized with a severe abdominal pain associated with nausea, vomiting, fainting and constipation. After 7 days of hospitalization, the patient developed complete bowel obstruction. In this case, the patient had undergone appendectomy 1 year and 5 months ago old. Her laboratory examinations were. She presented with changes: WBC: 11,300/mm<sup>3</sup>; Bats: 4%;

**Segmented:** 79%, PCR: 168.2 mg/dl; Plain radiograph of the abdomen: fluid levels in distended loops of small intestine. Conclusion: This case demonstrates the importance of considering non-obstetric causes in the differential diagnosis of abdominal pain in pregnant women.

**Keywords:** Acute abdomen, bowel obstruction and pregnant.

### Endereço para correspondência:

Nathália Ney - Av. Alberto Torres 400 - Centro - CEP: 28035-582  
e-mail: neynathalia@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

O abdome agudo é caracterizado por dor abdominal, de origem súbita ou progressiva, de intensidade variável<sup>2</sup>. Sua incidência na gravidez situa-se em torno de um caso a cada 600 gestações<sup>3</sup>.

Os sintomas cardinais são: dor, náuseas e vômitos, parada da eliminação de gases e fezes, e distensão abdominal, sendo que esta manifestação ocorre tardiamente. A localização da dor depende do nível da obstrução<sup>4</sup>.

As causas podem estar diretamente relacionadas a gravidez (causas obstétricas) ou não (causas não obstétricas). As causas não obstétricas são mais frequentes e difíceis de diagnosticar<sup>5</sup>.

Os principais problemas no diagnóstico de abdome agudo durante a gravidez são a expansão do útero que desloca outros órgãos intra-abdominais e a alta prevalência de náusea, vômito e dor abdominal<sup>5</sup>.

A sua principal causa não obstétrica é a apendicite aguda<sup>5</sup>. Já obstrução intestinal é a terceira causa mais prevalente de abdome agudo na gravidez, com incidência de 1:1500 a 16.000 gestações<sup>3</sup>. É uma complicação rara, mas grave na gravidez com a mortalidade materna e fetal significativa<sup>6</sup>. É mais comum no terceiro trimestre quando a taxa de mortalidade materna pode atingir 10-20% e a fetal 26%<sup>3</sup>.

As aderências constituem 60-70% dos casos de obstrução intestinal, devido a grande prevalência de cirurgias abdominais<sup>3</sup>.

## RELATO DE CASO

MDT, sexo feminino, 34 anos, solteira, desempregada, natural de Niterói e residente em Campos dos Goytacazes-RJ. Procurou a emergência obstétrica do HPC apresentando há 7 dias dor abdominal intensa associada a náuseas, vômitos, lipotímia e constipação intestinal, referiu ter procurado várias vezes a emergência do HPC sendo medicada e liberada. G3 P1 A1, parto normal, com idade gestacional de 27 semanas e 3 dias, feto único e vivo. Informou apendicetomia com laparotomia há 1 ano e 5 meses, negou comorbidades e alergias.

Ao exame físico apresentava abdome gravídico, distendido e doloroso a palpação abdominal, BCF de 140 bpm, atividade uterina ausente e tônus normal. A paciente foi internada e foi solicitado hemograma completo, PCR, TGO, TGP, fosfatase alcalina, gama-GT, bilirrubinas totais e frações, e USG abdominal total.

USG OBSTÉTRICA (19/07/13): Feto único, batimentos cardíacos fetais presentes, apresentação pélvica, placenta corporal posterior grau I, oligodramnia moderada, idade gestacional compatível com 28 semanas e 2 dias.

No 7º dia de internação evoluiu com piora dos sintomas e foi novamente encaminhada ao plantão. Nesse momento, a paciente apresentava dor abdominal intensa mesmo após analgesia, constipação e parada da eliminação de flatos. Ao exame físico apresentava-se hemodinamicamente estável; abdome gravídico,

Hemoglobina	8,8 g/dl	PCR	203 mg/dl
Hematócrito	27%	TGO	47 U/L
Leucócitos	9900/mm <sup>3</sup>	TGP	26 U/L
Bastões	1%	Fosfatase Alcalina	502 U/L
Segmentados	79%	Gama-GT	330 U/L
Linfócitos	10%	Bilirrubinas Totais	1,39 mg/dl
Monócitos	8%	Bilirrubina Direta	1,30 mg/dl
Plaquetas	534.000/mm <sup>3</sup>	Bilirrubina Indireta	0,09 mg/dl

USG ABDOMINAL TOTAL: Alça de colon descendente distendida e com peristalse aumentada. Rim direito com leve dilatação dos sistemas coletores. Nos quatro dias seguintes da internação, a paciente evoluiu com anorexia, constipação, dor abdominal e piora da distensão abdominal. Tendo sido encaminhada duas vezes ao plantão e medicada com analgesia e fleet enema sem melhora do quadro.

Tabela 2. Evolução dos exames laboratoriais

Colunas1	16/07/2013	19/07/2013
Hemoglobina	8,6 g/dl	8,6 g/dl
Hematócrito	26,60%	26,70%
Leucócitos	8.000/mm <sup>3</sup>	9200/mm <sup>3</sup>
Bastões	-	13%
Segmentado	-	65%
Linfócitos	-	15%
Monócitos	-	3%
Plaquetas	-	534.000/mm <sup>3</sup>
PCR	-	209,2 mg/dl
TGO	-	25 U/L
TGP	-	26 U/L
Bilirrubinas Totais	-	0,85 mg/dl
Bilirrubina Direta	-	0,65 mg/dl
Bilirrubina Indireta	-	0,2 mg/dl
Uréia	12 mg/dl	10 mg/dl
Creatinina	0,6 mg/dl	0,7 mg/dl
Na	137 mEq/L	134 mEq/L
K	2,9 mEq/L	3,1 mEq/L
Cl	104 mmol/L	108 mmol/L

distendido, pouco depressível, doloroso a palpação superficial, sem sinais de irritação peritoneal, hipertimpânico e peristalse presente. Foi feita a hipótese de síndrome de obstrução intestinal, solicitado parecer da cirurgia geral e exames complementares.

No 8º dia de internação a paciente foi submetida a laparotomia exploradora. Relato cirúrgico: Realizado incisão mediana supra e infra-umbilical (20 cm), intra-umbilical e infra-umbilical. O inventário da cavidade abdominal revelou grande distensão do intestino delgado, desde o estômago até a porção jejunal, e presença de brida em região pericecal. Foi realizado lise das aderências e ordenha retrógrada com aspiração por sonda nasogástrica.

Tabela 2. Evolução dos exames laboratoriais

Colunas1	16/07/2013	19/07/2013
Hemoglobina	8,6 g/dl	8,6 g/dl
Hematócrito	26,60%	26,70%
Leucócitos	8.000/mm <sup>3</sup>	9200/mm <sup>3</sup>
Bastões	-	13%
Segmentados	-	65%
Linfócitos	-	15%
Monócitos	-	3%
Plaquetas	-	534.000/mm <sup>3</sup>
PCR	-	209,2 mg/dl
TGO	-	25 U/L
TGP	-	26 U/L
Bilirrubinas Totais	-	0,85 mg/dl
Bilirrubina Direta	-	0,65 mg/dl
Bilirrubina Indireta	-	0,2 mg/dl
Uréia	12 mg/dl	10 mg/dl
Creatinina	0,6 mg/dl	0,7 mg/dl
Na	137 mEq/L	134 mEq/L
K	2,9 mEq/L	3,1 mEq/L
Cl	104 mmol/L	108 mmol/L

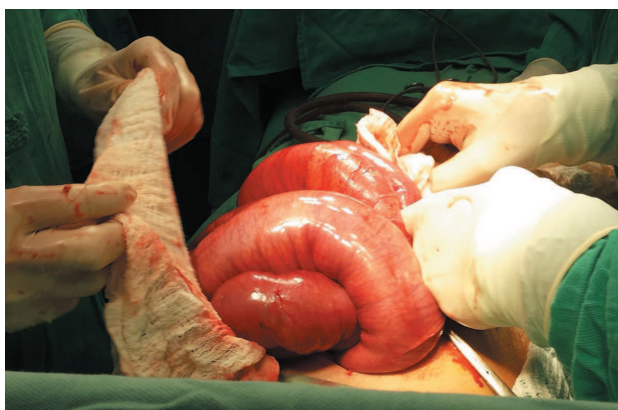


Figura 3. Ato cirúrgico

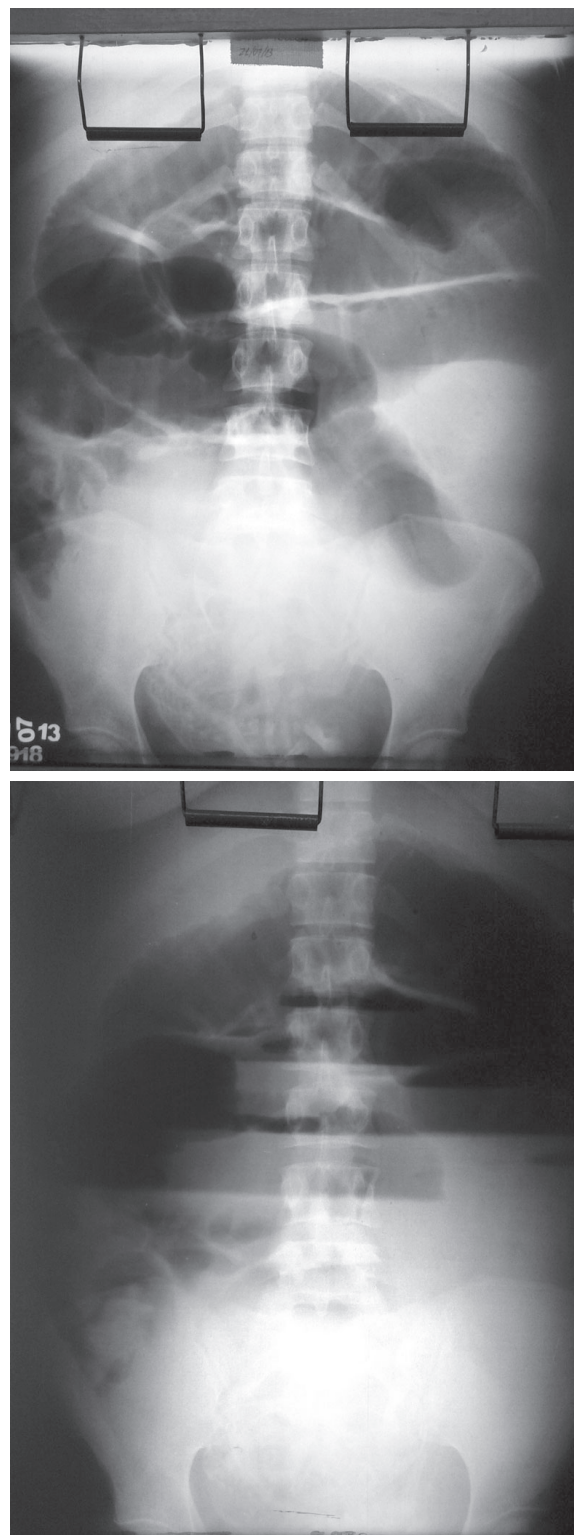


Figura 1. Radiografia simples de abdome. A. Radiografia ântero-posterior, em decúbito dorsal. Observam-se alças de delgado distendidas. B. Radiografia ântero-posterior ortostática. Há níveis de líquido em alças distendidas de delgado.

Observou-se presença de desperitonização em pontos diversos do delgado. Finalizou-se a cirurgia com limpeza da cavidade e celiorrafia, com curativo posterior.

## DISCUSSÃO

A incidência de abdome agudo na grávida varia de 1:500 a 1:635 gestações, englobamos este caso clínico dentro das causas não obstétricas de abdômen agudo, que são menos comuns do que as obstétricas, mas são de grande importância, uma vez que estão associadas ao aumento da morbi-mortalidade materno-fetal<sup>3</sup>.

Nesse período, o diagnóstico é ainda mais difícil. Em geral, a gravidez não está associada com aumento dessas doenças, mas com o aumento da gravidade das mesmas, devido ao atraso no diagnóstico e no tratamento, conforme percebido no caso descrito.

Algumas alterações anatômicas e fisiológicas, específicas da gestação, dificultam a avaliação da causa da dor, confundindo-se, muitas vezes, com manifestações usuais da gestação, principalmente queixas de dor abdominal, náusea e vômitos.

A obstrução intestinal ocorre quando a propulsão do conteúdo em direção ao ânus sofre interferência. Há vários critérios para classificá-la: quanto ao nível (delgado alto e baixo ou cólon), quanto ao grau (aquela completa, incompleta - suboclusão ou "alça fechada"), quanto ao estado de circulação sanguínea (simples ou estrangulada), quanto ao tipo de evolução (aguda ou crônica) e quanto à natureza da obstrução (mecânica, vascular ou funcional)<sup>1</sup>. Assim, podemos classificar o caso clínico acima, como síndrome obstrutiva de delgado baixo, de grau completo, estado de circulação simples, quadro clínico progressivo e de natureza mecânica.

Uma pesquisa realizada no Hospital Governador Alves Filho, estudou 118 pacientes com quadro de síndrome obstrutiva intestinal, identificando que sua maioria era causada por brida de delgado<sup>6</sup>.

Brida é uma causa extrínseca de obstrução intestinal. O peritônio com uma superfície de 10,000 cm<sup>2</sup> no adulto, quase igual à superfície da pele, diminui a fricção entre as vísceras abdominais permitindo o seu movimento livre. Apresenta à superfície células mesoteliais altamente diferenciadas e é a este nível que, após um fator desencadeante, por exemplo um ato cirúrgico, ocorre uma cascata de eventos que pode confluir para a formação de bridas e aderências. Estas podem ser responsáveis por um cortejo de sintomas que pode ir da dor abdominal à oclusão intestinal.

A radiografia simples de abdome é um exame relativamente rápido e de baixo custo e deve ser solicitada nas posições ortostática e decúbito dorsal juntamente com a radiografia simples de tórax. Estima-se que até 60% das suspeitas de obstrução intestinal sejam confirmadas por esse exame. Este exame foi útil na decisão diagnóstica do caso descrito.

Sabe-se que é uma afecção cirúrgica, podendo ser realizado por laparoscopia ou a tradicional laparotomia

exploradora, como no caso acima. A laparoscopia está contra indicada em casos de grandes distensões abdominais e em casos de infecção.

## CONCLUSÃO

É importante ter em mente que as causas não obstétricas devem ser consideradas como fator causal de dor abdominal em grávida, pois quanto mais cedo se fizer o diagnóstico de um abdômen agudo, melhor o prognóstico mãe-feto.

## REFERÊNCIAS

1. Cartucho D. Bridas e aderências intestinais Visão histórica de um problema que se mantém actual. Barvarento Médico, 2008; (1):34-39.
2. Edelmuth RCLE, Ribeiro Junior MAF. Abdome Agudo não traumático. Revista de Emergência Clínica, 2011; 6(28):27-32.
3. Lima AB, Dutra FAR, Pena GN, et al. Abdômen agudo na gestação. Revista Médica de Minas Gerais, 2009; 19(3-S7):5-8.
4. Moreira Junior H, Moreira H, Isaac RR, et al. Obstrução Intestinal- Análise Retrospectiva da etiologia e morbomortalidade no hospital de urgência de Goiânia (HUGO), Revista Brasileira de Coloproctologia, 2005; 25(2):137-145.
5. Augustin G.; Majerovic M. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2007; 131:4-12.
6. Vidal MAN. Obstrução Intestinal: causas e condutas. Revista Brasileira de Coloproctologia, 2005; 4:332-338.
7. Perdue MDP, Johnson MDHW, Stafford PW. Intestinal Obstruction complicating pregnancy. The American Journal of Surgery, 1992; 164(4):384-388.