

OBSTRUÇÃO INTESTINAL: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES

INTESTINAL OBSTRUCTION: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PATIENTS UNDERGOING SURGICAL TREATMENT AT HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES

ITALO ACCETTA^{1,2*}, ANDRE FIGUEIREDO ACCETTA², RONALDO VIANNA SILVA^{1,2}, KERMAN GERVÁSIO DE MOURA¹, REBECCA SOARES EDSON³

1. Médico cirurgião geral do Hospital Estadual Alberto Torres; 2. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense; 3. Médica residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Estadual Alberto Torres

* Rua Mariz e Barros, 51, apto 1201, Icaraí, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 24220-120. italoaccetta@gmail.com

Recebido em 21/04/2026. Aceito para publicação em 15/05/2026

RESUMO

A obstrução intestinal constitui causa frequente de abdome agudo e importante desafio na cirurgia de urgência. Este estudo teve como objetivo analisar as características clínicas, etiológicas e os desfechos de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico por obstrução intestinal em um hospital de referência. Trata-se de estudo retrospectivo, realizado entre 01/01/2022 e 31/12/2023, incluindo pacientes operados no Hospital Estadual Alberto Torres. Foram analisados dados de prontuários eletrônicos referentes à idade, sexo, comorbidades, quadro clínico, exames complementares, tratamento cirúrgico, evolução e mortalidade hospitalar. Foram incluídos 210 pacientes. As neoplasias malignas representaram a principal causa de obstrução intestinal (33,3%), seguidas por hérnias da parede abdominal e aderências. A tomografia computadorizada demonstrou elevada acurácia diagnóstica (88,1%). A mortalidade pós-operatória foi de 23,8% e esteve associada à idade avançada, à etiologia da obstrução, ao tipo de procedimento cirúrgico e à ocorrência de complicações infecciosas.

PALAVRAS-CHAVE: Obstrução intestinal; abdome agudo; cirurgia de urgência

ABSTRACT

Intestinal obstruction is a frequent cause of acute abdomen and represents a significant challenge in emergency surgical practice. This study aimed to analyze the clinical characteristics, etiologies, and outcomes of patients undergoing surgical treatment for intestinal obstruction in a referral center. This retrospective study included patients who underwent treatment between January 1, 2022 and December 31, 2023 at Hospital Estadual Alberto Torres. Data were obtained from electronic medical records, including age, sex, comorbidities, clinical presentation, complementary examinations, surgical treatment,

postoperative outcomes, and mortality. A total of 210 patients were included. Malignant neoplasms were the leading cause of intestinal obstruction (33.3%), followed by abdominal wall hernias and adhesions. Abdominal computed tomography demonstrated high diagnostic accuracy (88.1%). Postoperative mortality was 23.8% and was associated with advanced age, underlying etiology, type of surgical procedure, and the occurrence of infectious complications.

KEYWORDS: Intestinal obstruction; acute abdomen; emergency surgery.

1. INTRODUÇÃO

A obstrução intestinal (OI) corresponde à interrupção parcial ou completa da progressão do conteúdo intestinal ao longo do tubo digestivo, decorrente de alterações mecânicas ou funcionais. Trata-se de condição frequente na prática cirúrgica, sendo responsável por parcela significativa das admissões hospitalares por dor abdominal, estimada em cerca de 15% dos casos¹.

As OI apresentam etiologia heterogênea, incluindo tanto causas congênitas quanto adquiridas, e acometem diferentes faixas etárias. Sua apresentação clínica e evolução variam conforme a natureza, localização e gravidade do processo obstrutivo^{1,2}.

Quando não diagnosticadas e tratadas oportunamente, podem evoluir com complicações graves, como distúrbios hidroeletrólíticos, isquemia intestinal, sepse e falência de múltiplos órgãos, estando associadas a elevada morbimortalidade^{3,4}.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar as características etiológicas, clínicas e terapêuticas, bem como os desfechos dos pacientes operados por obstrução intestinal no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Estadual Alberto Torres, além de realizar revisão da literatura sobre o tema.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo retrospectivo, observacional, realizado no período de 01/01/2022 a 31/12/2023, incluindo pacientes a partir de 15 anos de idade submetidos a tratamento cirúrgico por obstrução intestinal (OI) no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Estadual Alberto Torres.

Foram revisados os prontuários eletrônicos institucionais, sendo coletadas informações referentes à idade, sexo, comorbidades, quadro clínico, exames laboratoriais e de imagem, tratamento cirúrgico, complicações pós-operatórias, evolução clínica e mortalidade hospitalar.

Foram incluídos pacientes com diagnóstico de obstrução intestinal submetidos a tratamento cirúrgico no período do estudo, sendo excluídos pacientes não operados e os menores de 14 anos.

As variáveis categóricas foram expressas em valores absolutos e relativos, e a associação entre variáveis clínicas e mortalidade foi analisada por meio do teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando apropriado, considerando-se nível de significância de 5%.

O estudo foi conduzido em conformidade com as recomendações da iniciativa STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (CEP SES/RJ), sob parecer nº 7.769.665 (CAAE: 89708325.6.0000.0352), sendo garantido o anonimato dos pacientes.

3. RESULTADOS

Foram incluídos 210 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico por obstrução intestinal no período estudado (111 do sexo masculino e 99 do feminino). A idade variou de 15 a 98 anos, com média de 63,9 anos. A distribuição etária encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1. Características demográficas e mortalidade.

| Faixa etária (anos) | n (%) | Óbitos n (%) |
|---------------------|------------|--------------|
| <40 | 26 (12,4) | 1 (3,8) |
| 40-59 | 50 (23,8) | 6 (12,0) |
| 60-79 | 103 (49,0) | 27 (26,2) |
| ≥80 | 31 (14,8) | 16 (51,6) |
| Total | 210 (100) | 50 (23,8) |

$p < 0,001$ (teste do qui-quadrado).

Observou-se associação significativa entre faixa etária e mortalidade ($p < 0,001$), com aumento progressivo da taxa de óbitos nas faixas etárias mais avançadas, especialmente em pacientes com 80 anos ou mais, nos quais a mortalidade atingiu 51,6%.

Dor abdominal esteve presente em todos os pacientes. Náuseas e vômitos foram relatados em 164 casos (78,1%), distensão abdominal em 152 (72,4%) e parada de eliminação de flatus e fezes em 133 (63,3%).

Ao exame físico, sinais de irritação peritoneal foram observados em 46 pacientes (21,9%) e hérnias irreduzíveis e dolorosas em 56 (26,7%). Confusão mental esteve presente em oito pacientes e

instabilidade hemodinâmica em três casos.

A tomografia computadorizada de abdome e pelve foi realizada em 196 pacientes, e considerada eficaz para o diagnóstico em 172 casos (87,8%).

As neoplasias malignas constituíram a principal etiologia da obstrução intestinal (33,3%), seguidas por hérnias da parede abdominal (26,7%) e aderências intestinais (17,6%) (Tabela 2). Houve associação significativa entre etiologia e mortalidade ($p < 0,001$).

Tabela 2. Etiologia da obstrução intestinal e mortalidade

| Etiologia | n (%) | Óbitos n (%) |
|----------------------------|-----------|--------------|
| Neoplasia maligna | 70 (33,3) | 18 (25,7) |
| Hérnia da parede abdominal | 56 (26,7) | 8 (14,3) |
| Aderências | 37 (17,6) | 7 (18,9) |
| Volvo | 19 (9,0) | 6 (31,6) |
| Outras* | 28 (13,3) | 11 (39,3) |
| Total | 210 (100) | 50 (23,8) |

*Inclui tumor inflamatório, tumor sem biópsia, fleo biliar, corpo estranho e invaginação. $p < 0,001$ (teste exato de Fisher).

A obstrução intestinal acometeu predominantemente o intestino delgado (49,5%), seguido pelo cólon esquerdo (32,4%), cólon direito (10,5%) e reto (7,6%), conforme apresentado na Tabela 3, sem associação estatisticamente significativa com mortalidade ($p = 0,28$).

Tabela 3. Localização da obstrução intestinal e mortalidade

| Localização | n (%) | Óbitos n (%) |
|-------------------|------------|--------------|
| Intestino delgado | 104 (49,5) | 20 (19,2) |
| Cólon esquerdo | 68 (32,4) | 19 (27,9) |
| Cólon direito | 22 (10,5) | 7 (31,8) |
| Reto | 16 (7,6) | 4 (25,0) |
| Total | 210 (100) | 50 (23,8) |

$p = 0,28$ (teste do qui-quadrado).

Necrose intestinal foi identificada em 37 pacientes, enquanto obstrução em alça fechada ocorreu em 75 casos.

Em relação ao tratamento cirúrgico, os procedimentos mais frequentemente realizados foram colectomias (36,7%) e hernioplastias (23,8%). Observou-se associação significativa entre tipo de procedimento e mortalidade ($p = 0,002$), sendo as maiores taxas de óbito observadas nos pacientes submetidos a derivações intestinais (41,4%) e procedimentos agrupados como “outros” (52,6%) (Tabela 4).

Tabela 4. Procedimentos cirúrgicos e mortalidade

| Procedimento | n (%) | Óbitos n (%) |
|-----------------------------------|-----------|--------------|
| Colectomia (direita + esquerda) | 77 (36,7) | 18 (23,4) |
| Hernioplastia (com/sem ressecção) | 50 (23,8) | 4 (8,0) |
| Derivações intestinais externas | 29 (13,8) | 12 (41,4) |
| Lise de aderências | 35 (16,7) | 6 (17,1) |
| Outros procedimentos* | 19 (9,0) | 10 (52,6) |
| Total | 210 (100) | 50 (23,8) |

*Inclui enterotomias, controle de dano, biópsias e procedimentos isolados. $p = 0,002$ (teste exato de Fisher).

No período pós-operatório, 135 pacientes (64,3%) evoluíram sem complicações, enquanto 75 (35,7%) apresentaram algum evento adverso. As complicações

infeciosas predominaram, com destaque para sepse abdominal (14,8%) e sepse pulmonar (9,0%).

A mortalidade global foi de 23,8% (50 pacientes). Houve forte associação entre complicações pós-operatórias e mortalidade ($p < 0,001$), com taxas elevadas de óbito entre pacientes com sepse abdominal (96,8%) e sepse pulmonar (73,7%) (Tabela 5).

Tabela 5. Evolução pós-operatória e mortalidade

| Evolução | n (%) | Óbitos n (%) |
|-------------------------------------|------------------|------------------|
| Sem complicações | 135 (64,3) | 0 (0,0) |
| Sepse abdominal | 31 (14,8) | 30 (96,8) |
| Sepse pulmonar | 19 (9,0) | 14 (73,7) |
| Complicações de ferida/ anastomose* | 11 (14,7) | 2 (18,2) |
| Complicações sistêmicas** | 6 (8,0) | 2 (33,3) |
| Outras *** | 25 (11,9) | 6 (24,0) |
| Total | 210 (100) | 50 (23,8) |

* Inclui deiscência de colostomia/evisceração e infecção de ferida operatória com ou sem fístula digestiva; ** Inclui choque cardiogênico e insuficiência renal aguda; *** Inclui reobstrução intestinal, embolia pulmonar e hemoperitônio. $p < 0,001$ (teste exato de Fisher).

4. DISCUSSÃO

A obstrução intestinal permanece como condição frequente na prática cirúrgica de urgência, associada a elevada morbimortalidade, especialmente quando o diagnóstico e o tratamento não ocorrem em tempo oportuno^{1,2}. Em nossa série, a mortalidade global foi de 23,8%, valor compatível com a literatura, que descreve taxas ainda elevadas, sobretudo nos casos complicados por necrose intestinal, sepse ou maior gravidade clínica^{3,4,5}.

Observamos associação significativa entre faixa etária e mortalidade, com aumento progressivo das taxas de óbito nas mais avançadas, particularmente entre os pacientes acima de 80 anos. Esse achado é coerente com estudos prévios que demonstram pior evolução em pacientes idosos, grupo em que se concentram maior carga de comorbidades, menor reserva fisiológica e maior vulnerabilidade às complicações infecciosas e hemodinâmicas^{6,3,4}.

Quanto à etiologia, as neoplasias malignas constituíram a principal causa de obstrução intestinal em nossa casuística, seguidas por hérnias da parede abdominal e aderências intestinais. Esse perfil está de acordo com a literatura, que reconhece o predomínio das neoplasias nas obstruções colônicas e de hérnias e aderências entre as causas mais frequentes de obstrução do intestino delgado^{7,8,9}. Além disso, houve associação significativa entre etiologia e mortalidade, reforçando que a causa subjacente do quadro obstrutivo influencia diretamente o prognóstico.

A localização anatômica da obstrução não apresentou associação estatisticamente significativa com a mortalidade em nosso estudo. Ainda assim, observou-se predomínio do intestino delgado, seguido do cólon esquerdo, o que é compatível com a distribuição etiológica encontrada^{7,8}.

A tomografia computadorizada mostrou elevada eficácia diagnóstica, corroborando sua importância como exame central na avaliação da obstrução

intestinal^{10,11}. Além de confirmar o diagnóstico, a tomografia permite identificar a provável etiologia, o nível da obstrução e sinais de gravidade, como sofrimento vascular intestinal, achados que têm implicações diretas na tomada de decisão terapêutica^{12,10}.

Em relação ao tratamento cirúrgico, os procedimentos mais frequentemente realizados foram as colectomias e as hernioplastias. Observou-se associação significativa entre o tipo de procedimento e a mortalidade, com maiores taxas de óbito entre pacientes submetidos a derivações intestinais e procedimentos agrupados como “outros”. Mais do que refletir o risco inerente da técnica, esse achado provavelmente expressa a maior gravidade clínica e anatômica dos pacientes que demandaram abordagens mais complexas ou de caráter paliativo ou emergencial⁸⁻¹⁰.

As complicações pós-operatórias, particularmente as infecciosas, mostraram forte associação com mortalidade. A sepse abdominal e a sepse pulmonar concentraram a maior parte dos óbitos, evidenciando o papel central da infecção na evolução desfavorável dos pacientes com obstrução intestinal complicada. Esse achado está em consonância com a literatura, que destaca a infecção sistêmica, a necrose intestinal e o retardo diagnóstico como fatores decisivos para o aumento da mortalidade^{3,8,5}.

Alguns achados clínicos mantêm relevância prática. Em nossa casuística, sinais de irritação peritoneal e hérnias dolorosas e irreduzíveis estiveram associados a formas mais graves da doença, frequentemente acompanhadas de sofrimento vascular intestinal. Da mesma forma, confusão mental e instabilidade hemodinâmica à admissão identificaram pacientes de alto risco, com evolução desfavorável na maior parte dos casos. Esses dados reforçam que, embora os métodos de imagem sejam fundamentais, a avaliação clínica inicial permanece decisiva na estratificação da gravidade^{3,13,11}.

Este estudo apresenta limitações inerentes ao seu delineamento retrospectivo, incluindo dependência da qualidade dos registros em prontuário e impossibilidade de controle mais robusto de fatores de confusão. Além disso, não foi possível realizar análise multivariada. Ainda assim, a casuística de 210 pacientes confere consistência aos achados e permite traçar um panorama relevante sobre o perfil etiológico, terapêutico e prognóstico da obstrução intestinal em um hospital público de urgência.

Em conjunto, nossos achados reforçam que a obstrução intestinal permanece uma condição de elevada gravidade, na qual idade avançada, etiologia da obstrução, tipo de intervenção cirúrgica e, principalmente, a ocorrência de complicações infecciosas estão diretamente relacionados ao desfecho clínico. A identificação precoce desses fatores pode contribuir para melhor estratificação de risco e tomada de decisão terapêutica.

5. CONCLUSÃO

As neoplasias malignas constituíram a principal causa de obstrução intestinal na casuística estudada, seguidas por hérnias da parede abdominal e aderências intestinais.

A mortalidade esteve significativamente associada à idade avançada, à etiologia da obstrução, ao tipo de procedimento cirúrgico e, sobretudo, à ocorrência de complicações infecciosas, destacando o papel central da gravidade clínica na evolução desses pacientes.

A tomografia computadorizada demonstrou elevada acurácia diagnóstica, permitindo adequada identificação do nível obstrutivo e da provável etiologia na maioria dos casos, consolidando-se como exame fundamental na abordagem inicial.

AGRADECIMENTOS

Aos integrantes das equipes multidisciplinares envolvidos no tratamento dos pacientes, cuja atuação foi fundamental para a realização deste estudo.

À Direção do Hospital Estadual Alberto Torres, nas pessoas do Dr. Raphael Riodades e do Dr. Charbel Kouri, pelo apoio e pela autorização para a realização deste trabalho.

À Organização Social IDEAS, pelo incentivo à pesquisa no Hospital Estadual Alberto Torres.

Conflito de interesses: os autores declaram não haver conflito de interesses.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Catena F, De Simone B, Coccolini F, Di Saverio S, Sartelli M, Ansaloni L. Bowel obstruction: a narrative review for all physicians. *World J Emerg Surg.* 2019; 14:20. doi:10.1186/s13017-019-0240-7.
- [2] Griffiths S, Glancy DG. Intestinal obstruction. *Surgery (Oxford).* 2019; 38:43–50.
- [3] Gan TJ, Evers BM. Intestino delgado. In: Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 21ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2024; p. 1209–1269.
- [4] Henry MACA, Lerco MM, De Oliveira WK, Crippa LT, Monteiro Paz PA, Lombardi IAS, et al. Obstrução intestinal no idoso. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2007; 20:225–229.
- [5] Nicholas GF, Welman TJP, Ross T, Brown S, Smith JJ, Pawa N. Unusual causes of large bowel obstruction. *Curr Probl Surg.* 2019; 56:49–90.
- [6] Accetta I, Accetta FA, Silva RV. Abdome agudo cirúrgico em pacientes idosos: estudo retrospectivo no Hospital Estadual Alberto Torres. *Braz J Surg Clin Res.* 2024; 49:6–11.
- [7] Ten Broek RPG, Krielen P, Di Saverio S, Coccolini F, Biffi WL, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update. *World J Emerg Surg.* 2018; 13:24. doi:10.1186/s13017-018-0185-2.
- [8] Pisano M, Zorcolo L, Merli C, Poiasina E, Ceresoli M, et al. 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies. *World J Emerg Surg.* 2018; 13:36. doi:10.1186/s13017-018-0192-3.
- [9] Santos AC, Martins LLT, Brasil MAS, Pinto AS, Gabriel Neto SG, Oliveira EC. Emergency surgery for complicated colorectal cancer in central Brazil. *J*

Coloproctol. 2014; 34:104–108.

- [10] Ramos AF, Reis LCS, Teixeira BEB, Andrade IM, Sulzbach JS, Leal RA. Cirurgia no câncer de cólon em pacientes operados de emergência. *Rev Col Bras Cir.* 2017; 44:465–470.
- [11] Killesse CTSM, Brito JS, De Faria JL, Costa e Silva LT, Bomfim FAZ, De Souza NB, et al. Abdome agudo no departamento de emergência: uma revisão. *Brasília Med.* 2022; 59:1–10.
- [12] Crespo SJV, Marchiori E, Mendes LF. Obstrução em alça fechada com ruptura de ceco: aspectos na tomografia computadorizada. *Radiol Bras.* 2001; 34:187–189.
- [13] Accetta P, Accetta I. Abdome agudo. In: Petroianu A, editor. *Urgências clínicas e cirúrgicas.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002; p.914–930.