

Abdome agudo obstrutivo em paciente em pós-operatório tardio de colectomia por câncer: relato de caso

Carolina Margarida de Carvalho Leal¹; Fernando Machado de Araújo Filho¹; Lara Segurado Tarlé Rosa¹; Nicole Guimarães Elias¹; Raquel Monte Galvão¹; Diogo Milioli Ferreira²

1. Discente do curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA.
2. Docente curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA.

RESUMO: O abdome agudo obstrutivo representa uma interrupção do trânsito intestinal que pode evoluir para compressão venosa, isquemia e perfuração transmural, apresentando mortalidade superior a 40% em diagnósticos tardios. Embora bridas e aderências predominem em pacientes com histórico cirúrgico, etiologias como a estenose anastomótica tardia impõem desafios no diagnóstico diferencial, especialmente quanto à recidiva neoplásica. Diante disso, o presente estudo teve por objetivo relatar a evolução clínica, investigação e manejo de uma obstrução intestinal mecânica manifestada 19 anos após colectomia por adenocarcinoma. Paciente feminina, 59 anos, atendida em caráter de urgência em Goiânia -GO com dor abdominal em cólica, distensão, vômitos e parada de eliminação de fezes e gases. Apresentava antecedente de colectomia subtotal à direita realizada há aproximadamente 19 anos, em 2006. A tomografia computadorizada evidenciou dilatação de alças ileais, níveis hidroaéreos e sinal de fecalização do conteúdo a montante de uma estenose na anastomose íleo-cólica. Foi submetida à laparotomia imediata, identificando-se estenose anelar e importante acúmulo fecaloide. Realizou-se a ressecção do segmento estenosado seguida de reconstrução por anastomose látero-lateral isoperistáltica com grampeador linear de 80 mm e fechamento com fio V-Loc® 3-0. No pós-operatório, evoluiu com íleo adinâmico transitório sob suporte nutricional parenteral por quatro dias, recebendo alta hospitalar no sétimo dia com função intestinal restabelecida. O anatomopatológico confirmou processo inflamatório reacional sem sinais de malignidade. O estudo será submetido ao CEP da UniEVANGÉLICA, com obtenção de TCLE e garantia de sigilo. O caso reitera a necessidade de alto índice de suspeição para estenoses benignas tardias, mesmo décadas após o procedimento primário. A tomografia consolidou-se como padrão-ouro para localização do sítio obstrutivo e planejamento cirúrgico. Conclui-se que a intervenção precoce e a abordagem integrada entre clínica, imagem e técnica cirúrgica são determinantes para evitar complicações sistêmicas graves e garantir desfechos favoráveis.

Palavras-chave:

Abdome agudo;
Obstrução intestinal;
Estenose anastomótica;
Cirurgia.

INTRODUÇÃO

O abdome agudo obstrutivo corresponde à interrupção parcial ou completa do trânsito intestinal, por causas mecânicas ou funcionais, levando ao acúmulo de líquidos e gases nas alças proximais, distensão progressiva e aumento da pressão intraluminal^{1,2}. Com esse processo ocorre à compressão do retorno venoso, edema da parede e comprometimento da circulação arterial. A

persistência desse quadro resulta em sofrimento isquêmico da parede intestinal, favorecendo necrose transmural e conseqüente perfuração^{3, 4, 5}. A perfuração intestinal representa uma complicação grave da obstrução, porém recorrente, ocorrendo em uma parcela significativa dos casos complicados, especialmente na presença de obstrução prolongada ou em alça fechada, e está associada à contaminação da cavidade peritoneal, peritonite e sepse⁴.

A isquemia mesentérica apresenta etiologia predominantemente arterial (50–75%), seguida pelas formas não oclusivas (20–30%) e venosas (5–20%), sendo a embolia responsável por até metade dos casos arteriais, além de poder ocorrer como complicação em cerca de 10% das obstruções intestinais, especialmente em pacientes criticamente enfermos, evidenciando a progressão de alterações anatômicas predisponentes para obstrução e subsequente comprometimento isquêmico intestinal^{1, 3, 6, 7}.

Estudos demonstram que a progressão para necrose e perfuração está diretamente relacionada ao atraso no diagnóstico, podendo elevar substancialmente a morbimortalidade, com taxas de mortalidade que podem ultrapassar 40–60%, além de maior incidência de complicações sistêmicas e necessidade de intervenção cirúrgica emergencial^{3, 4, 5, 7, 8}.

No contexto clínico, manifesta-se por dor abdominal em cólica, distensão, náuseas, vômitos e parada de eliminação de fezes e gases, variando conforme o nível da obstrução, com vômitos mais precoces nas obstruções altas e maior distensão nas distais^{7, 9}. A presença de dor contínua, sinais de irritação peritoneal ou repercussão sistêmica sugere complicações, como estrangulamento intestinal^{1, 2}.

Diversas condições podem estar associadas ao quadro obstrutivo, incluindo alterações anatômicas predisponentes, como anomalias de posicionamento intestinal, que podem evoluir com torção e obstrução do lúmen intestinal⁵. Dentre as etiologias frequentes, as bridas e aderências destacam-se como principais causas em pacientes com histórico de manipulação cirúrgica abdominal prévia^{10, 11}.

A avaliação diagnóstica baseia-se na integração clínico-radiológico, sendo a radiografia abdominal útil na identificação de distensão de alças e níveis hidroaéreos, contribuindo para a abordagem inicial^{1, 2, 8, 12}. O diagnóstico fundamenta-se na correlação entre o exame físico e exames de imagem, sendo a tomografia de abdome o padrão-ouro para identificar o local e a causa da obstrução^{1, 8, 12, 13, 14}. O manejo terapêutico objetiva a descompressão do trato gastrointestinal e a correção de distúrbios hidroeletrólíticos, podendo variar desde o tratamento conservador até a abordagem cirúrgica imediata nos casos de sofrimento de alça ou falha na resolução clínica^{7, 11, 13}.

A relevância deste relato reside na raridade da manifestação tardia de uma estenose anastomótica não neoplásica e na complexidade do diagnóstico diferencial entre recidiva tumoral e complicações benignas. Diante do exposto e comentado, o presente estudo objetiva relatar a evolução clínica, o processo de investigação diagnóstica e a estratégia terapêutica de uma paciente com histórico de colectomia por adenocarcinoma colorretal, que apresentou quadro de obstrução intestinal mecânica após um período de latência de 19 anos. Busca-se, com isso, discutir as particularidades do manejo clínico-cirúrgico e reiterar a importância da vigilância rigorosa e do alto índice de suspeição em pacientes com histórico de intervenções abdominais de grande porte, independentemente do tempo decorrido desde o procedimento primário.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente, do sexo feminino, 59 anos, atendida em hospital privado no município de Goiânia, Goiás, no ano de 2025, em caráter de urgência, apresentando quadro de dor abdominal, com desconforto epigástrico durante 3 dias. Como antecedente relevante, apresentava histórico de colectomia subtotal à direita realizada há aproximadamente 19 anos (em 2006), em decorrência de adenocarcinoma de cólon direito, com evolução favorável e remissão completa da doença desde então.

Na admissão, diante do quadro clínico sugestivo de obstrução intestinal, e considerando o antecedente oncológico da paciente, foram inicialmente levantados diagnósticos diferenciais relevantes antes da definição etiológica do quadro. Entre eles, destacou-se a possibilidade de recidiva tumoral. Além disso, foram consideradas hipóteses como bridas e aderências pós-operatórias, causas frequentes de obstrução intestinal em pacientes submetidos a cirurgias abdominais prévias, bem como hérnias internas e externas e neoplasias primárias do intestino delgado. A estenose anastomótica também foi considerada como hipótese diagnóstica.

Diante desse contexto, a paciente foi prontamente submetida à tomografia computadorizada de abdome total sem contraste, a qual evidenciou sinais de colectomia prévia com anastomose íleo-cólica. Observou-se acentuada dilatação de alças ileais a montante do sítio anastomótico, presença de níveis hidroaéreos, sinais de fecalização do conteúdo intestinal e hipodistensão das alças colônicas, achados compatíveis com obstrução intestinal, possivelmente secundária à estenose ou subestenose anastomótica. Como achados adicionais, identificaram-se esteatose hepática e pequeno nódulo em adrenal direita, sugestivo de adenoma. Como evidenciam as figuras 1 e 2.

Diante da gravidade do quadro clínico e dos achados radiológicos, foi indicada abordagem cirúrgica em caráter de urgência, sendo a paciente encaminhada imediatamente ao centro cirúrgico para realização de laparotomia.

No intraoperatório, foram identificadas poucas aderências entre alças de intestino delgado. Evidenciou-se anastomose íleo-transversa com estenose anelar localizada em região posterior do abdome à direita, associada a importante acúmulo de conteúdo fecaloide em alças delgadas e significativa distensão gasosa a montante da obstrução, confirmando o diagnóstico de obstrução intestinal mecânica.

Foi realizada ressecção do segmento anastomótico estenosado, seguida de reconstrução do trânsito intestinal por meio de anastomose látero-lateral isoperistáltica com grampeador linear cortante de 80 mm. O fechamento da enterostomia foi realizado com sutura contínua em dois planos, utilizando fio V-Loc® 3-0, sem intercorrências intraoperatórias.

No pós-operatório imediato, a paciente evoluiu com íleo adinâmico transitório, sendo necessário suporte com nutrição parenteral total por quatro dias. Apresentou evolução clínica satisfatória, com recuperação progressiva da função intestinal, recebendo alta hospitalar no sétimo dia de pós-operatório, sem intercorrências adicionais.

No seguimento ambulatorial, a paciente manteve evolução favorável, apresentando-se em bom estado geral, sem queixas abdominais, com função intestinal restabelecida, alimentação adequada e sem sinais de recorrência do quadro obstrutivo. Encontra-se atualmente saudável, com qualidade de vida preservada. O exame anatomopatológico do segmento ressecado evidenciou alterações inflamatórias reacionais, sem sinais de malignidade, além da presença de linfonodo mesocólico reacional.

O caso descrito caracteriza uma obstrução intestinal tardia secundária à estenose anastomótica, manifestada após longo período de latência.

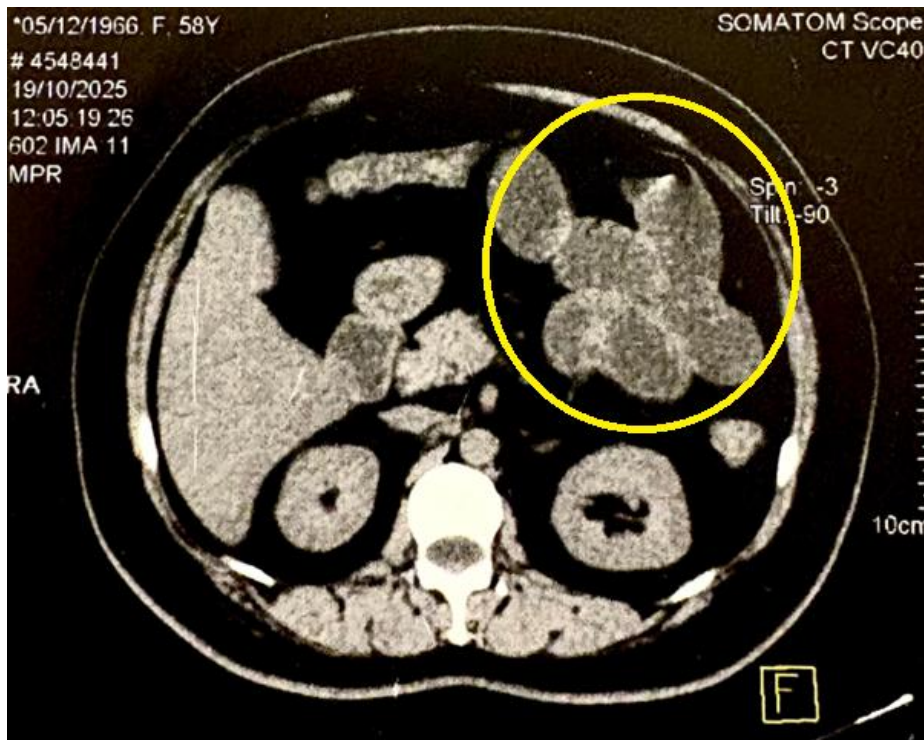


Figura 1. Tomografia computadorizada de abdome evidenciando importante dilatação de alças ileais a montante, com pregas mucosas proeminentes em padrão de pilha de moedas, além de níveis hidroaéreos, compatível com obstrução intestinal mecânica. Fonte: arquivo pessoal.

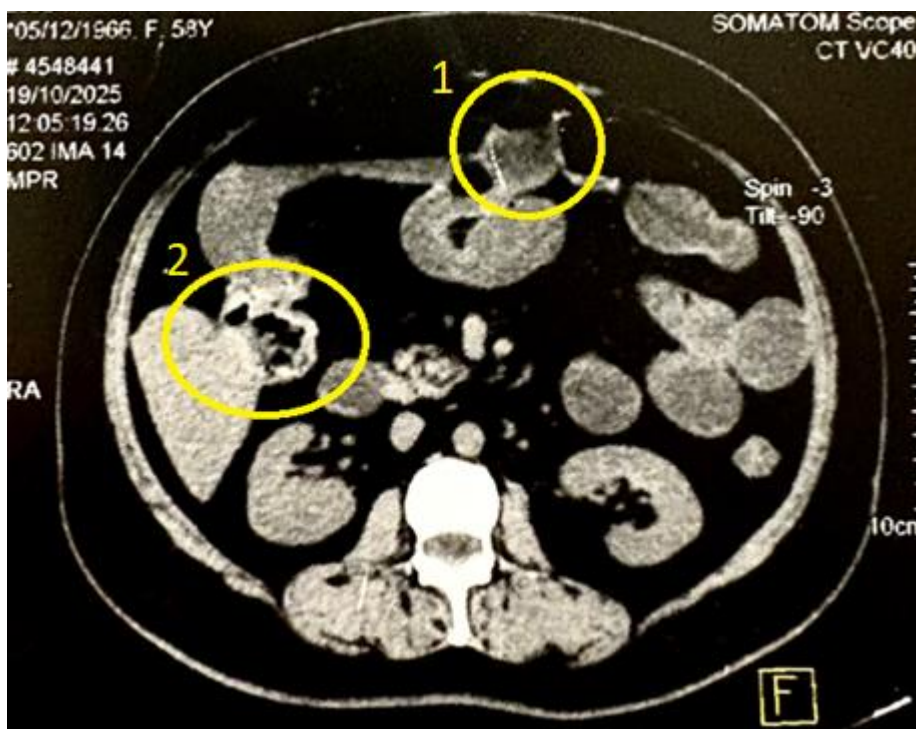


Figura 2. Tomografia computadorizada de abdome evidenciando em 1: hernia incisional ventral com conteúdo de alça intestinal / 2: área de anastomose grampeada com possível estreitamento. Fonte: arquivo pessoal.

ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi conduzido em estrita observância aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pela Carta Circular nº 166/2018, que dispõe sobre o trâmite de relatos de caso perante o sistema CEP/CONEP. O relato de caso será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniEVANGÉLICA.

Em conformidade com as normas vigentes, a paciente foi devidamente informada sobre a natureza do relato e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando o uso de dados de seu prontuário e exames para fins acadêmicos e científicos.

Os riscos desta pesquisa são considerados mínimos, relacionando-se primordialmente à possibilidade de quebra de sigilo ou identificação indireta da participante. Para mitigar tais riscos, assegurou-se o sigilo absoluto e a confidencialidade das informações por meio da omissão de nomes, números de registro hospitalar, datas específicas de nascimento ou qualquer outra característica que possa permitir a identificação da paciente, garantindo o seu total anonimato.

Quanto aos benefícios, o estudo não oferece vantagens diretas à participante, uma vez que se trata de uma análise retrospectiva de condutas já realizadas. Entretanto, apresenta relevante benefício social e científico ao contribuir para o acervo acadêmico sobre complicações tardias de cirurgias oncológicas, auxiliando no aprimoramento do raciocínio clínico e no manejo de casos semelhantes por outros profissionais de saúde.

DISCUSSÃO

Apesar de a literatura consolidar as bridas e aderências como as principais etiologias da obstrução intestinal em pacientes com histórico de manipulação cirúrgica abdominal¹¹, o caso em questão apresenta uma variante menos comum no pós-operatório tardio: a estenose anastomótica benigna com manifestação tardia. Enquanto a maioria das complicações cicatriciais se manifesta nos primeiros anos após a intervenção, a evolução deste quadro após 19 anos de latência impõe um desafio diagnóstico singular, especialmente em pacientes com antecedentes oncológicos⁹.

No caso descrito, embora a paciente apresentasse antecedente cirúrgico relevante, o achado intraoperatório de poucas aderências reforça que a causa obstrutiva não seguia o padrão mais prevalente. Isso evidencia a importância de considerar etiologias menos frequentes, como estenoses tardias, particularmente quando o ponto de transição coincide com área previamente manipulada^{15, 16}. Além disso, diferentes causas incomuns de obstrução intestinal, como hérnias internas, volvo, bezoares, enterólitos ou até condições congênitas, podem mimetizar quadros semelhantes, dificultando a definição etiológica inicial^{2, 6, 7, 10, 12, 14, 15, 17, 18, 19}. Esse amplo espectro

reforça a complexidade diagnóstica enfrentada na admissão da paciente, na qual múltiplas hipóteses precisaram ser consideradas.

A identificação precoce e a intervenção em tempo hábil foram determinantes para o desfecho favorável da paciente do referido caso. O atraso no diagnóstico da obstrução mecânica pode elevar a mortalidade a níveis superiores a 60% devido ao risco de isquemia mesentérica, necrose transmural e perfuração intestinal^{3, 4, 5, 20}. No presente relato, a rápida condução do caso impediu a progressão para o sofrimento de alça ou sepse, evitando as graves complicações sistêmicas frequentemente reportadas em obstruções prolongadas ou em alça fechada.

Esse aspecto torna-se ainda mais relevante ao considerar que a isquemia mesentérica pode ocorrer como complicação em até 10% dos casos de obstrução intestinal, sendo frequentemente associada a sinais tomográficos como espessamento parietal, líquido livre e alterações da perfusão intestinal³. No caso em questão, apesar da importante distensão de alças e fecalização do conteúdo, a ausência de sinais avançados de sofrimento isquêmico sugere que a intervenção ocorreu em momento oportuno, antes da instalação de lesões irreversíveis.

Tal relato, que envolve uma paciente em remissão completa de adenocarcinoma de cólon submetida à laparotomia de urgência para ressecção de segmento estenosado, evidencia a importância fundamental de um exame clínico meticuloso associado ao suporte radiológico. Embora a hipótese de recidiva tumoral fosse um diagnóstico diferencial mandatório dado o histórico da paciente, a Tomografia Computadorizada (TC) desempenhou seu papel de padrão-ouro, permitindo localizar o sítio obstrutivo e sugerir a etiologia estenótica antes mesmo da incisão cirúrgica^{1, 3, 8, 10, 13, 17, 20}.

Os achados tomográficos observados, incluindo dilatação de alças ileais, níveis hidroaéreos, fecalização do conteúdo intestinal e identificação de ponto de transição em topografia anastomótica, são classicamente descritos em obstruções mecânicas avançadas e possuem correlação com maior probabilidade de necessidade de intervenção cirúrgica^{3, 8, 10, 15}. Além disso, a ausência de massas ou lesões expansivas contribuiu para afastar recidiva neoplásica, hipótese especialmente relevante diante do antecedente oncológico, mas não confirmada no exame anatomopatológico¹⁶.

A resolução do quadro reiterou a necessidade da integração entre a propedêutica armada e a experiência da equipe cirúrgica na tomada de decisão^{1, 6, 7, 10, 20}. A opção pela ressecção da anastomose prévia com nova reconstrução mecânica (grampeador linear 80 mm) mostrou-se eficaz, garantindo a restauração da permeabilidade intestinal e a confirmação histopatológica de ausência de malignidade. Esse tipo de abordagem é consistente com a conduta recomendada em

obstruções mecânicas com falha do tratamento conservador ou risco de complicações, especialmente quando há um ponto obstrutivo bem definido¹¹.

Outrossim, o pós-operatório com íleo adinâmico transitório observado na paciente em questão está em consonância com o esperado após cirurgias abdominais de maior porte, particularmente em contextos de distensão intestinal significativa prévia. Alterações na distribuição de fluidos e no estado hemodinâmico são frequentes nesse cenário e exigem manejo criterioso, uma vez que tanto a sobrecarga quanto a hipovolemia podem impactar negativamente a recuperação²⁰. A evolução clínica favorável da paciente, com recuperação progressiva da função intestinal e alta no sétimo dia, reforça a adequação da condução perioperatória.

Em suma, este relato reforça que a vigilância em pacientes submetidos a cirurgias de grande porte deve ser perene¹⁸, e que a suspeição clínica deve ser mantida elevada mesmo décadas após o procedimento original, priorizando a intervenção precoce como estratégia primordial de redução de morbimortalidade^{1, 3, 5, 7, 17, 18, 19, 20}. Além disso, evidencia que, mesmo diante de etiologias raras como a estenose anastomótica tardia, a integração entre avaliação clínica, exames de imagem e abordagem cirúrgica oportuna permanece essencial para desfechos favoráveis.

CONCLUSÃO

Este relato reforça a importância da avaliação clínica contínua e do diagnóstico precoce nas obstruções intestinais em pacientes com histórico de cirurgia abdominal prévia, mesmo após longos períodos de latência. O caso apresentado evidencia uma manifestação incomum de estenose anastomótica benigna tardia, destacando que nem sempre as bridas e aderências constituem a etiologia predominante no pós-operatório. A identificação do ponto de transição em área previamente manipulada, associada à adequada interpretação dos achados tomográficos, foi fundamental para a definição da conduta e para o afastamento de recidiva neoplásica, hipótese relevante diante do antecedente oncológico.

O reconhecimento do quadro e a intervenção cirúrgica em tempo hábil foram determinantes para evitar complicações graves, como isquemia mesentérica, necrose e sepse, reforçando o impacto direto da tomada de decisão precoce na redução da morbimortalidade. Assim, este caso evidencia que o manejo eficaz da obstrução intestinal exige integração entre avaliação clínica criteriosa, suporte radiológico e experiência cirúrgica, sendo a vigilância prolongada e a abordagem individualizada estratégias essenciais para garantir desfechos favoráveis, mesmo diante de etiologias raras no pós-operatório tardio.

REFERÊNCIAS

1. LEE, Chia-Ying; CHEN, Jen-Dar. Diagnostic values of supine and erect abdominal radiographs for patients with acute abdomen: which is better for decision making? *Journal of Chinese Medical Association*, v. 85, n. 6, p. 709–716, 2022.
2. BOSTANCI, Süleyman Arif et al. Clinical management of intestinal malrotation in different age groups. *Pediatric Surgery International*, v. 40, n. 1, p. 204, 2024.
3. YU, Hang; KIRKPATRICK, Iain D. C. An update on acute mesenteric ischemia. *Canadian Association of Radiologists' Journal*, v. 74, n. 1, p. 160–171, 2023.
4. SHI, Meiyi; CHOI, Young Mee; KISELAK, Elizabeth. Recurrent spontaneous small bowel perforations with a rare pathology: non-familial visceral myopathy. *BMJ Case Reports*, v. 14, n. e240923, p. 1–5, 2021.
5. REHMAN, Adeel Ur; SHAHID, Yumna; AYESHA, Syedda. Endoscopic detorsion of sigmoid volvulus in a young female: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, v. 18, n. p. 378, 2024.
6. KATO, Hirotaka et al. Acute abdominal pain due to sigmoid volvulus with persistent descending mesocolon: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, v. 16, n. p. 349, 2022.
7. MOHAMED, Yasa Abdullhi; LAUBEN, Kyomukama Amagara; KABUYE, Umaru; ASIIMWE, Daniel; VENANCE, Emmanuel Mswelo; MUGENYI, Michael. Synchronous sigmoid-cecal volvulus: a rare case of large-bowel obstruction—a case report. *Journal of Medical Case Reports*, v. 18, n. 488, p. 1-5, 2024.
8. WANG, Zhibo et al. Development and validation of a CT-based radiomic nomogram for predicting surgical resection risk in patients with adhesive small bowel obstruction. *BMC Medical Imaging*, v. 25, n. 46, p. 2025.
9. LIMBACHIYA, Dipak; TIWARI, Rajnish; KUMARI, Rashmi; AGGARWAL, Manoj. Barbed suture causing acute small bowel obstruction post laparoscopic sacrocolpopexy. *CRSLS – Case Reports of the Society of Laparoscopic & Robotic Surgeons*, v. 9, n. 4, p. 1–4, 2022.
10. AFIFY, Sarah Jane; GEORGE, Jayan; KELTY, Clive Johnston; SHAH, Nehal. Largest sized enterolith ileus due to a duodenal diverticulum in a virgin abdomen causing small bowel obstruction. *BMJ Case Reports*, v. 14, n. 1, p. e245159, 2021.
11. LÖFGREN, Niklas; GKEKAS, Ioannis. Digitalt assisterad laparoskopisk bridlösning – ett finger med i spelet. *Läkartidningen*, v. 118, n. 20195, p. 1–3, 2021.
12. NADDOURI, Jaouad et al. Small bowel obstruction in adults, Ladd's band is an exceptional cause: a case report. *Pan African Medical Journal*, v. 47, n. 34, p. 2024.

13. DE MUZIO, F. et al. CT study protocol optimization in acute non-traumatic abdominal settings. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, v. 26, n. p. 860–878, 2022.
14. GEFEN, Rachel et al. Pneumatosis cystoides coli presenting as acute abdomen in a patient with complicated Behcet's disease: a case report. *American Journal of Case Reports*, v. 23, n. p. e937677-1–e937677-4, 2022.
15. RAJ, Saurabh; MAHALDAR, Rudrakshi; SAHA, Bishal; BANERJEE, Subhra. Acute intestinal obstruction from small bowel stricture following superior mesenteric and portal vein thrombosis: A case report. *Case Reports in Gastroenterology*, v. 19, n. p. 509–518, 2025.
16. SHAN, Jiaqi; CHEN, Fangci; YU, Panpan. Intestinal obstruction due to idiopathic mesenteric phlebosclerosis colitis: A case report. *Frontiers in Surgery*, v. 9, n. p. 2022.
17. HE, Kangnan; JU, Yunjie; CHENG, Ping; XU, Peng. Strangulated internal hernia via a congenital posterior gastric antral mesenteric defect in an adolescent: a rare case report and literature review. *BMC Surgery*, v. 25, n. 620, p. 1-6, 2025.
18. LIU, Wenfei et al. A 58-Year-Old Woman with Acute Torsion of the Small Bowel Due to Diffuse Intestinal Lipomatosis. *American Journal of Case Reports*, v. 25, n. p. e942527, 2024.
19. VAN EECKE, E.; CRAPÉ, L.; COLLE, I. Small bowel obstruction on food impaction after binge eating. *Acta Gastro-Enterologica Belgica*, v. 87, n. 3, p. 427–429, 2024.
20. CIHORIC, Mirjana et al. Perioperative changes in fluid distribution and haemodynamics in acute high-risk abdominal surgery. *Critical Care*, v. 27, n. 20, p. 2023.