

MANEJO CONSERVADOR NO ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Manuela De Grossi Firman¹, Sarah Fernanda Curty Dias¹, Isabella Seiffert Barcellos de Paula¹, Luiza Machado Pinheiro¹, Maria Júlia Cavalcanti Cardoso de Oliveira¹, Raffaella Stramandinoli de Oliveira¹

¹Estudante de medicina, Fundação Técnico-Educacional Souza Marques (FTESM)

manufirman2005@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE: Obstrução intestinal. Abdome agudo. Tratamento conservador.

ÁREA TEMÁTICA: Emergências hepáticas e gastrointestinais.

INTRODUÇÃO

O abdome agudo é uma realidade diária nos departamentos de emergência em todo o mundo. Enquadra-se como todo quadro clínico de dor abdominal de origem não traumática e início súbito ou evolução rapidamente progressiva, o qual exige intervenção médica imediata. (CARDOSO, 2022). O abdome agudo obstrutivo é definido pela interrupção do trânsito normal do conteúdo gastrointestinal e representa 11% a 24% das causas de dor abdominal admitidas nos centros de urgência. A apresentação clínica clássica consiste em dor abdominal, distensão, náuseas, vômitos e interrupção da eliminação de flatos e fezes (CARDOSO, 2022; HUCL, 2013). As causas da obstrução são variadas: aderências pós-operatórias (a causa mais comum em adultos), hérnias de parede abdominal, doenças inflamatórias intestinais, volvo, diverticulite, fecaloma, corpo estranho, intussuscepção, ou condições malignas, como neoplasias do trato gastrointestinal, especialmente colorretal. A confirmação diagnóstica e a avaliação de possíveis complicações são realizadas por meio da análise conjunta da avaliação clínica e exames de imagem. Uma vez estabelecido o diagnóstico, emerge o principal dilema terapêutico para casos não complicados: a escolha entre o tratamento cirúrgico imediato ou uma abordagem conservadora inicial. Esta decisão é um dos pontos mais críticos na jornada do paciente, pois ambas as vias possuem benefícios e riscos intrínsecos que devem ser cuidadosamente ponderados de acordo com o perfil clínico e etiológico de cada caso. Há um dilema entre o risco de uma cirurgia desnecessária e o perigo de um atraso terapêutico no manejo conservador, que pode agravar o quadro do paciente. Apesar da ampla aceitação do manejo conservador, a literatura ainda carece de um maior consenso sobre os critérios objetivos para a seleção do tratamento não cirúrgico e sobre os parâmetros ideais para monitorar a resposta e definir o momento exato de declarar a falha terapêutica. Essa lacuna contribui para a variabilidade na prática clínica e para a ocorrência de desfechos desfavoráveis, por isso deve ser preenchida por meio do estudo aprofundado sobre o assunto.

OBJETIVOS

O objetivo deste artigo é apresentar uma revisão de literatura a respeito das evidências atuais sobre o manejo conservador do abdome agudo obstrutivo em atendimentos de urgência e emergência, abordando seus critérios de indicação, parâmetros de monitoramento da resposta terapêutica e os principais indicativos de falha, a fim de estabelecer suporte para uma tomada de decisão mais segura e eficaz para os pacientes no ambiente de urgência.

METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado com base em uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa e descritiva, buscando compreender como deve ser feito o manejo conservador no paciente com obstrução aguda do abdome e como essa escolha é determinante para o desfecho clínico no atendimento de urgência e emergência. A pesquisa foi feita em fevereiro de 2026, usando artigos disponíveis na Revista Eletrônica Acervo Saúde, PubMed / MEDLINE, LILACS e Elsevier Science / Science Direct. Os descritores utilizados foram: “abdome agudo”, “obstrução intestinal”, “tratamento conservador” e “emergência médica”. Foram considerados artigos publicados entre 2013 e 2025, nos idiomas português e inglês, que abordassem os aspectos clínicos, laboratoriais e de imagem da obstrução, com foco em populações adultas. Os critérios de inclusão selecionaram estudos que detalham os critérios de indicação para cada tratamento e a evolução clínica. Foram excluídos estudos voltados exclusivamente para causas traumáticas, público pediátrico ou que não especificam o manejo clínico em ambiente de urgência. Após a leitura dos títulos, resumos e uma análise mais detalhada dos textos completos, quatro referências foram utilizadas na construção da parte teórica deste artigo.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O abdome agudo obstrutivo corresponde à interrupção parcial ou total do trânsito intestinal, podendo evoluir para complicações graves quando não tratado adequadamente. O manejo conservador é indicado, principalmente, em pacientes clinicamente estáveis e sem sinais de sofrimento intestinal, baseando-se em jejum, descompressão por sonda, reposição hidroeletrólítica, ressuscitação volêmica e monitorização rigorosa. A literatura destaca que a observação clínica por até 48 a 72 horas é segura em casos selecionados, desde que não haja piora clínica, laboratorial ou radiológica. Diversos fatores etiológicos podem levar à obstrução, desde aderências pós-cirúrgicas (predominantes em adultos) e hérnias até condições mais complexas como volvos, intussuscepções, doenças inflamatórias e neoplasias (notadamente as colorretais). Fecalomas, diverticulite e corpos estranhos também compõem as possíveis causas. A investigação diagnóstica exige exames de imagem para confirmação e análise de complicações associadas. Atualmente, a radiografia de abdome ainda possui amplo uso prático, mas a tomografia computadorizada é o método de

referência (padrão-ouro), oferecendo maior acurácia no diagnóstico (CARDOSO, 2022; EZE, 2023; HUCL, 2013; LIVINGSTON, 2025). Contudo, muitos profissionais ainda enfrentam dificuldades na decisão terapêutica, especialmente na indicação do manejo conservador, o que reforça a necessidade de consolidar o conhecimento sobre as abordagens não cirúrgicas nas linhas de frente da emergência.

DISCUSSÃO

Resolver o quadro obstrutivo fisiologicamente evita complicações cirúrgicas, as quais podem demandar nova intervenção, e priorizar o conforto do paciente. Entretanto, o manejo conservador não é isento de perigos. Caso não seja acompanhado de forma correta, o atraso da intervenção cirúrgica pode levar a complicações fatais devido à interrupção do trânsito intestinal. Complicações recorrentes, como presença de líquido peritoneal livre, evolução para isquemia, necrose, perfuração intestinal e peritonite demandam intervenção cirúrgica imediata (CARDOSO, 2022; EZE, 2023; HUCL, 2013). O tratamento conservador não deve ultrapassar 3 dias. Após esse período a cirurgia também é recomendada (CARDOSO, 2022). O monitoramento da resposta terapêutica ao manejo conservador é feito através de parâmetros clínicos, laboratoriais e de imagem. O monitoramento clínico deve verificar se após 48 horas há passagem de flatos e fezes, o que indica uma resposta positiva ao tratamento. É importante diferenciar se de fato não há mais obstrução ou se o conteúdo evacuado era preexistente no cólon ou reto (CARDOSO, 2022; LIVINGSTON, 2025). Já o surgimento de dor severa constante é um indicativo de isquemia, apontando para falha no tratamento conservador e necessidade cirúrgica. Outros indicativos clínicos de falha são a instabilidade hemodinâmica e a rigidez abdominal, a qual é sinal de peritonite (LIVINGSTON, 2025). Alguns parâmetros laboratoriais são preditores de isquemia e, consequentemente, da necessidade cirúrgica: aumento da contagem de glóbulos brancos e dos níveis de lactato e proteína C-reativa (EZE, 2023; HUCL, 2013; LIVINGSTON, 2025). Exames complementares, preferencialmente tomografia computadorizada (padrão-ouro) também podem ser usados para monitorar falha terapêutica. De acordo com o artigo publicado por Livingston em 2025, a ausência de contraste no ceco após 24 horas do teste de contraste hidrossolúvel é um forte preditor de falha no tratamento não cirúrgico. A presença de líquido livre peritoneal, edema ou inflamação mesentérica, falta de realce da parede ou torção de alça intestinal visíveis na TC são parâmetros que indicam a necessidade de cirurgia (EZE, 2023; LIVINGSTON, 2025). O monitoramento rigoroso desses parâmetros nas primeiras 24 a 72 horas é essencial para evitar complicações (LIVINGSTON, 2025).

RESULTADOS

A análise da literatura selecionada indica que o manejo conservador do abdome agudo obstrutivo em atendimentos de urgência e emergência é eficaz e indicado para pacientes hemodinamicamente estáveis, sem líquido peritoneal livre, sinais isquemia, necrose, perfuração intestinal ou peritonite (EZE, 2023; CARDOSO, 2022). A eficiência do tratamento é analisada por parâmetros clínicos, laboratoriais e de

imagem. A eliminação de gases e fezes em até 48 horas constitui o principal indício clínico de que as medidas conservadoras funcionaram. Em contrapartida, dor constante (sugestiva de isquemia), instabilidade hemodinâmica e rigidez abdominal (sinal de peritonite) são indicativos clínicos de falha (CARDOSO 2022; LIVINGSTON, 2025). O aumento da contagem de glóbulos brancos e dos níveis de lactato e proteína C-reativa nos exames laboratoriais indicam isquemia, ou seja, evolução negativa do quadro apesar do tratamento. Ausência de contraste no ceco após 24 horas do teste de contraste hidrossolúvel, líquido peritoneal livre, edema ou inflamação mesentérica, falta de realce da parede ou torção de alça intestinal visíveis na TC também indicam falha no manejo conservador (EZE, 2023; LIVINGSTON, 2025). Após 3 dias de tratamento conservador mal sucedido, a cirurgia também é recomendada (CARDOSO, 2022).

CONCLUSÃO

O manejo conservador é vantajoso por evitar expor o paciente a complicações decorrentes do procedimento cirúrgico e priorizar seu conforto ao conferir um menor tempo de internação. Essa terapia é recomendada na estabilidade hemodinâmica e na ausência de líquido peritoneal, sinais de isquemia, necrose e peritonite. No entanto, o tratamento conservador deve ser restrito a três dias, pois o atraso cirúrgico devido às tentativas mal sucedidas de tratamentos não operatórios podem aumentar o risco de evolução para complicações. Para pacientes que apresentam líquido peritoneal livre, isquemia, necrose, perfuração e peritonite, a intervenção cirúrgica é a opção mais viável (CARDOSO, 2022; EZE, 2023; HUCL, 2013). A decisão pela intervenção cirúrgica deve ser feita a partir da composição de diferentes indicativos (clínicos, laboratoriais e de imagem) e não deve ser baseada em um único parâmetro isolado, com o objetivo de garantir um atendimento mais seguro nos departamento de urgência e emergência (LIVINGSTON, 2025).

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

CARDOSO, Fernanda V ; *et al.* **Manejo E Conduta Do Abdome agudo: Uma Revisão Narrativa | Revista Eletrônica Acervo Saúde.** acervomais.com.br, v. Po 15, n. 5, 2022. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10226>>.

EZE, Vivienne N; PARRY, Tom; BOONE, Darren; *et al.* **Prognostic Factors to Identify Resolution of Small Bowel Obstruction without Need for Operative management: Systematic Review.** European Radiology, v. 34, n. 6, 2023.

HUCL, Tomas. **Acute GI OBSTRUCTION.** Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, v. 27, n. 5, p. 691–707, 2013.

LIVINGSTON, D. H. et al. **Evidence-based, cost-effective management of small bowel obstruction: An algorithm of the Journal of Trauma and Acute Care Surgery emergency general surgery algorithms work group.** The journal of trauma and acute care surgery, p. 10.1097/TA.0000000000004790, Summer 2025. Disponível em <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12893134/>>.