



Obstrução intestinal maligna

Autores: Marina Fonseca Silva e Hugo Mourão Oliveira

1. Introdução

A obstrução intestinal se apresenta quando há redução ou ausência de fluxo do conteúdo gástrico e intestinal através do trato gastrointestinal, podendo acontecer de forma parcial ou completa, associada a sítio único ou múltiplos sítios, de etiologia benigna ou maligna. A obstrução intestinal causada por câncer é chamada de obstrução intestinal maligna (OIM) e refere-se a uma síndrome clínica heterogênea causada por crescimento intraperitoneal primário ou secundário de neoplasias.

A OIM é uma causa comum de morbimortalidade na Oncologia, com impacto decisivo na qualidade de vida, sobretudo com neoplasias malignas avançadas ou recorrentes, especialmente naqueles indivíduos com câncer colorretal, ovário e gástrico, sendo inclusive a principal causa de morte em pacientes com neoplasia ovariana.

Essa condição implica a necessidade de tratamento adequado e urgente para reduzir a repercussão em qualidade e tempo de vida do paciente. O bom controle de sintomas pode ser desafiador, mas é fundamental para se oferecer conforto e dignidade aos pacientes.

2. Epidemiologia

A OIM é uma complicação relativamente comum em pacientes com câncer em estágio terminal, principalmente naqueles com tumor primário no abdômen ou na pelve. A prevalência varia entre 3% a 15% dos pacientes com câncer gastrointestinal, de 20% a 50% das pacientes com câncer de ovário e de 10% a 29% naqueles com câncer de cólon. Raramente, metástases de cânceres extra-abdominais, incluindo mama, pulmão e melanoma, também podem causar OIM (menos de 5%). As obstruções localizadas no intestino delgado são mais comuns do que as do intestino grosso (61% *versus* 33%) e, em mais de 20% dos pacientes, ambos os locais estão envolvidos.

3. Manifestações clínicas

Os sintomas geralmente incluem cólicas, dor abdominal paroxística (72% a 80%), perda de apetite, náuseas (100%), vômitos (87% a 100%), incapacidade de evacuar ou eliminar flatos nas últimas 72 horas (85% a 93%) e distensão abdominal (56% a 90%). Outros possíveis sintomas incluem boca seca, diarreia paradoxal, constipação, soluços e desidratação. Os sintomas ocorrem em diferentes combinações e intensidades, dependendo da localização e do grau de obstrução (se completa ou parcial) (tabela 1).

Tabela 1. Diferenciar a localização da OIM com base na história e nos sintomas

Sintomas	Gástrico e intestino delgado proximal	Intestino delgado distal e intestino grosso
Vômito	Bilioso, volumoso, sem ou com pouco odor	Particulado, em menor volume, odor fétido (conteúdo fecaloide)
Dor	Sintoma precoce, dor periumbilical, curta duração, intermitente	Visceral profunda, longa duração, em cólica
Distensão abdominal	Não necessariamente está presente	Presente
Anorexia	Sempre	Não necessariamente está presente

4. Tratamento

O manejo dos pacientes com OIM deve ser individualizado, levando em consideração a condição clínica de cada paciente, performance status (PS), as comorbidades, o estágio da doença, o prognóstico e a expectativa de vida estimada, a resposta aos tratamentos prévios, a perspectiva de novos tratamentos e valores e preferências do paciente. O manejo pode ser cirúrgico, endoscópico ou clínico (tabela 2).

Tabela 2. Critérios para manejo dos pacientes com OIM

Pacientes cirúrgicos	Pacientes para <i>stent</i> endoscópico	Manejo clínico
• Urgências; • Doença de evolução lenta; • Bom PS; • Único local de obstrução; • Obstrução colônica; • Expectativa de vida maior que 60 dias.	• Obstrução com comprimento curto; • Único local de obstrução; • Píloro ou nos 2/3 proximais do duodeno, cólon esquerdo; • Bom PS; • Expectativa de vida maior que 30 dias.	• Doença rapidamente progressiva; • PS ruim; • Carcinomatose avançada; • Ascite moderada a grave; • Múltiplos locais de obstrução; • Expectativa de vida menor que 30 dias.

O tratamento cirúrgico, que pode incluir ressecção intestinal, desvio de trânsito com estomas ou mesmo uso de próteses intraluminais, é avaliado com o objetivo de recuperar a permeabilidade e a funcionalidade ao intestino e, com isso, reduzir sintomas. No entanto, por se apresentar em pacientes com doença oncológica avançada e por meio de variados mecanismos, muitas vezes o tratamento cirúrgico não é viável como melhor caminho. Assim sendo, o manejo clínico e medicamentoso se destaca nesse cenário, com o objetivo de reduzir os sintomas angustiantes e otimizar a qualidade de vida.

4.1. Pacientes candidatos à cirurgia

As intervenções cirúrgicas devem ser precedidas de avaliação e discussão multidisciplinar que envolva o cirurgião, o médico/oncologista assistente e o paciente/familiares. Uma consulta com a equipe de cuidados paliativos pode ser benéfica, principalmente se uma discussão de objetivos de cuidados não tiver sido realizada anteriormente com o paciente e sua família.

Em geral, os pacientes que apresentam sinais de peritonite, deterioração clínica (febre, leucocitose, taquicardia, acidose metabólica ou dor contínua), pneumopéritoônio ou sinais de isquemia por imagem devem receber exploração cirúrgica em caráter de urgência, levando em consideração os objetivos e as preferências de cuidado desse paciente.

Existem alguns preditores na prática clínica para a seleção de pacientes que podem se beneficiar ou não da cirurgia (tabela 3).

Tabela 3. Contraindicações absolutas e relativas à cirurgia em pacientes com OIM

Absolutas	Relativas
Ascite recorrente após paracentese	Múltiplos locais de tumor intra-abdominal
Massas abdominais palpáveis difusas	Albumina sérica baixa
Vários níveis de obstrução intestinal	Radioterapia anterior

Cirurgia abdominal recente demonstrando que a cirurgia corretiva é tecnicamente impossível	Estado nutricional ruim
Cirurgia prévia mostrando câncer metastático difuso	Metástases hepáticas ou extra-abdominais, incluindo metástases pleurais ou pulmonares produzindo dispneia
Envolvimento do estômago proximal	Disfunção renal ou hepática importante
	ECOG PS ≥ 2

4.2. Pacientes que não são candidatos à cirurgia

Os pacientes que não serão candidatos à cirurgia ou que estão em preparação para a mesma terão como opção a colocação dos *stents* endoscópicos, a decompressão utilizando sondas e o tratamento clínico.

4.2.1. *Stents* endoscópicos

Os pacientes com OIM classificados como inoperáveis, momentânea ou definitivamente, ou que não desejam serem submetidos a cirurgia paliativa possuem como alternativa a colocação de *stent* metálico autoexpansível. Estes são bem-sucedidos em mais de 90% dos casos em curto prazo. As taxas de sucesso em longo prazo são menos favoráveis e até um terço pode precisar de nova abordagem em algum momento. As indicações incluem:

- Palição de câncer colorretal cirurgicamente inoperável;
- Ponte para otimização do estado médico em pacientes que podem eventualmente ser candidatos à cirurgia;
- Compressão extrínseca causada por tumores pélvicos extracolônicos, predominantemente para lesões do lado esquerdo.

4.2.2. Tratamento medicamentoso

O manejo farmacológico da OIM se concentra no alívio dos sintomas e na tentativa de interromper os processos patológicos envolvidos. Consiste principalmente em uma combinação de drogas (tabela 4) que visam ao controle adequado da dor (opioides), diminuição das secreções intraluminais e movimentos peristálticos (agentes anticolinérgicos e octreotida) e/ou diminuição do edema peritumoral (glicocorticoides).

Os regimes farmacológicos proporcionam alívio dos sintomas em 60% a 80% dos pacientes. A via de administração é um importante ponto, sendo a administração oral pouco confiável na grande maioria, devendo ser priorizadas as vias parenterais, endovenosa (EV) ou subcutânea (SC), intermitente ou contínuas. As administrações retal, sublingual e transdérmica podem ocasionalmente ser consideradas.

Para avaliar a eficácia da terapia medicamentosa e ajustá-la prontamente conforme a necessidade do paciente, os sintomas devem ser monitorados diariamente, de preferência com uso de escalas, sendo a escala visual analógica uma das mais utilizadas para melhor acompanhamento da eficácia dos tratamentos.

Para a dor abdominal, os analgésicos opioides são os medicamentos mais eficazes e de escolha, sendo a morfina a droga mais utilizada. Na presença de dor em cólica, drogas com efeito anticolinérgico, como a hioscina, podem ser associadas aos opioides, quando estes isoladamente não forem eficazes. Devemos lembrar que o ajuste de dose deve ser feito de acordo com a intensidade da dor e deve ser titulada individualmente para prevenir reações adversas. Apesar de opioides poderem causar constipação e obstrução intestinal pós-operatória e agravar a obstrução intestinal, seu uso não deve ser proibido por esse risco, se a dor não for controlável com outras classes.

As náuseas e os vômitos podem ser controlados com o uso de antieméticos com ação local e no sistema nervoso central, de forma isolada ou em associação a medicações para reduzir as secreções gastrointestinais (como anticolinérgicos e/ou análogos da somatostatina). Não há estudos comparativos sobre a eficácia dessas diferentes abordagens. Geralmente, usamos de acordo com a disponibilidade e os custos desses medicamentos. A metoclopramida e outros procinéticos podem ser usados na obstrução parcial. No entanto, devem ser evitados se houver cólica ou nos casos de obstrução completa, pois podem piorar os sintomas devido ao seu efeito estimulante da contratilidade intestinal. A olanzapina também é uma opção.

Nos casos de obstrução completa, o haloperidol, um antagonista da dopamina e potente supressor da zona de gatilho quimiorreceptora, é considerado por algumas diretrizes como antiemético de primeira escolha, geralmente sendo utilizado em doses iniciais de 0,5mg a 2mg EV ou SC a cada seis a oito horas ou em infusão subcutânea contínua de 1mg a 5mg em 24 horas. A clorpromazina, drogas com ação anti-histamínica, como a difenidramina, e antagonistas do receptor 5-HT₃, como a ondansetrona, também são opções de antieméticos que podem ser utilizados.

A dexametasona é amplamente utilizada na OIM, tanto pelo seu efeito antiemético quanto pelo potencial de reduzir o edema peritumoral, com consequente melhora dos sintomas, embora os dados para apoiar a sua eficácia ainda sejam relativamente fracos. Pode ser adicionada à terapia antissecretora com um an-

**VEJA ESSE CONTEÚDO NA ÍNTEGRA
ACESSANDO A OC ACADEMIA:**
<http://ocacademia.com>

