

Emergências Oncológicas - Obstrução Intestinal Maligna na Sala de Urgência

Autores e Afiliação:

José Maurício S C Mota - Instituto do Câncer do Estado de São Paulo.

Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica.

Objetivos:

1. Identificar quadros de obstrução intestinal maligna (OIM);
2. Reconhecer as principais alterações clínico-laboratoriais de OIM;
3. Prover o tratamento inicial adequado para OIM.

Data da última alteração: segunda, 24 de julho de 2017

Data de validade da versão: sexta, 03 de agosto de 2018

Definição / Quadro Clínico:

Obstrução do trato gastrointestinal além do ligamento de Treitz determinado por câncer intra-abdominal incurável ou por disseminação peritoneal.

Principais causas de OIM: adenocarcinoma de cólon, estômago (principalmente subtipo difuso), ovário, mama.

Quadro clínico: queda do estado geral, inapetência, náuseas e vômitos (usualmente biliosos), dor abdominal em cólicas, distensão abdominal.

Diagnóstico:

Propedêutica: exames gerais incluindo função renal, eletrólitos (Na, K, Mg, Ca), gasometria venosa, radiografia de abdome em decúbito e ortostático.

Diagnóstico: Presença de condição predisponente, quadro clínico e exames complementares compatíveis.

Exames Complementares:

Distúrbios hidro-eletrolíticos e ácido básicos são comuns e podem contribuir para a manutenção do quadro.

Radiografia de abdome pode demonstrar distensão de alças (radiografia ortostática pode demonstrar níveis hidroaéreos).

Tomografia de abdome é importante principalmente na primeira OIM em paciente sem diagnóstico prévio de carcinomatose peritoneal para afastar presença de ponto único de obstrução; importante também para afastar potenciais complicações como perfuração, volvo, sofrimento vascular de alças. Pode não ser realizada caso OIM repetidas e paciente com radiografia de abdome muito sugestiva.

Tratamento:

A escolha da forma da modalidade de tratamento de pacientes com OIM deve levar em conta o prognóstico da doença oncológica. Deve-se considerar o tratamento paliativo exclusivo para pacientes com baixo performance status (ECOG-PS 3 ou 4), múltiplas comorbidades não controladas, idade avançada, desnutrição grave, e sem disponibilidade de tratamento oncológico específico. Recomenda-se também que o manejo da OIM e o posterior tratamento oncológico específico seja discutido individualmente com a equipe especialista.

Tratamento clínico:

1. Jejum, sondagem nasogástrica e suporte hídrico e calórico conforme necessidades do paciente;
2. Correção dos distúrbios hidro-eletrolíticos existentes (evitar sobrecarga hídrica por risco de edema de alças intestinais);
3. Uso de antitéticos (evitar agentes procinéticos): favorecer o uso de corticóides (dexametasona 4 mg 2-3x ao dia - evitar horários noturnos); considerar haloperidol 5-15 mg/dia; considerar inibidores 5-HT3 em caso de êmese refratária;
4. Antiespasmódicos e redutor de secreção intestinal: escopolamina 40 mg 3x/dia (atenção para retenção urinária);
5. Antiácidos: inibidores de bomba de próton ou anti-H2;
6. Analgesia: conforme escala analgésica;
7. Quando iniciar nutrição parenteral total? A decisão de realizar nutrição parenteral deve ser realizada através de discussão multidisciplinar (oncologista, clínico da emergência, cirurgião, nutrólogo e paliativista) - levar em conta o status performance do paciente (KPS >50) e expectativa de vida (>3 meses), devendo ser considerada apenas para pacientes com chance de reversão da OIM e de futuro tratamento oncológico posterior;
8. Quando prescrever octreotida? Caso a OIM não reverter após 3 dias de tratamento otimizado, deve-se considerar o uso de octreotida 200 mcg 8/8 h IV ou SC. Em casos refratários considerar aumentar para 300 mcg 8/8 h IV ou SC;
9. Quando considerar gastrostomia descompressiva? Caso a OIM não reverter após 6 dias (com uso de octreotida por >72 h), deve-se considerar gastrostomia descompressiva. Novamente, essa é uma decisão que deve ser tomada de forma multidisciplinar, considerando status performance do paciente, estado nutricional e possibilidade de tratamento posterior da doença oncológica.

Evolução:

1. Considerar ocluir a SNG caso débito em redução e menor que 1 litro nas últimas 24 h;
2. Oferecer dieta líquida sem resíduos antes de retirar a SNG (essa medida é importante para evitar a necessidade de passar SNG novamente em pacientes que voltem a apresentar náusea/vômito após reintrodução de dieta);
3. Reintroduzir dieta oral progressivamente;
4. Manter antieméticos na fase de reintrodução da dieta oral e descontinuar progressivamente.

Favorecer o tratamento cirúrgico em pacientes com boa performance status, sem radioterapia abdominal ou pélvica prévia, com condições clínicas futuras de tratamento sistêmico ou local da doença oncológica em caso de: volvo, obstrução em ponto único, perfuração, obstrução não neoplásica (ex. bridas).

Referências Bibliográficas:

- 1 PMID: 24798105
- 2 PMID: 22904637
- 3 PMID: 18359221
- 4 NCCN guidelines for malignant bowel obstruction
- 5 PMID: 26288731
- 6 PMID: 26288731