

Oclusão intestinal na doença maligna avançada

CAROLINA MONTEIRO*, FERRAZ GONÇALVES**

RESUMO

A oclusão intestinal é uma das complicações das doenças neoplásicas avançadas, chegando a ter uma incidência de 15%, conforme dados fornecidos por Unidades de Cuidados Paliativos.

O quadro clínico é semelhante ao verificado nos casos de obstrução intestinal de causa não maligna.

A cirurgia ainda é o tratamento de eleição nesta situação. Contudo, a decisão para a intervenção cirúrgica depende de vários factores, principalmente do estado geral dos doentes, muitas vezes com grande debilidade e caquexia, alguns em fase terminal da sua doença, em quem o risco cirúrgico é maior. Também o desejo do doente e da família é um elemento importante na decisão.

Assim, quando a cirurgia não é possível, o doente deve ser tratado numa forma conservadora e de acordo com os sintomas que apresenta. As dores abdominais, as náuseas e os vômitos têm sido actualmente tratados com êxito e os resultados obtidos com o uso dos analgésicos, antieméticos e outros fármacos têm permitido que, em Cuidados Paliativos, outras formas de tratamento invasivo, como é o caso da intubação nasogástrica e das infusões endovenosas por períodos prolongados, raramente sejam necessários. Desta forma é possível a ingestão de líquidos e, em alguns casos, uma refeição ligeira.

Palavras chave:

Doença Avançada; Oclusão Intestinal; Cirurgia; Tratamento Conservador; Tratamento Sintomático; Cuidados Paliativos.

INTRODUÇÃO

Na doença oncológica avançada a oclusão intestinal é uma complicação que surge em cerca de 3% de todos os doentes terminais^{1,2}, mas há dados que apontam para valores mais altos, cerca de 15% dos doentes que receberam tratamento em unidades de cuidados paliativos^{1,2}.

A definição de oclusão intestinal subentende uma não progressão do conteúdo gastrointestinal ao longo

do tubo digestivo, por obstrução do lúmen ou por ausência da sua propulsão, podendo qualquer nível estar envolvido, desde a porção gastroduodenal até ao ânus^{3,4}.

As patologias mais implicadas são o carcinoma do ovário, com valores que variam de 5.5% a 42%^{1,2}, e o carcinoma colorrectal, em que a incidência da oclusão intestinal atinge valores entre 10% a 28.4%^{1,2}.

DIAGNÓSTICO

Num doente com massas abdominais conhecidas ou com antecedentes de cirurgia abdominal, a presença de distensão, obstipação alternando com diarreia e o aparecimento de dores abdominais,

náuseas e vômitos sugerem a instalação dum quadro oclusivo. Contudo, deve-se também ter em conta que quer alterações metabólicas¹³, quer a obstipação, num doente que está a tomar opióides^{5,6}, podem contribuir ou mesmo agravar estas manifestações. Por isto, devemos ter em atenção que, independentemente do segmento envolvido, a oclusão intestinal pode ter implicada na sua origem múltiplos factores.

Habitualmente classificada como mecânica ou funcional, a oclusão intestinal pode ter envolvidas na sua patofisiologia as seguintes situações:

1. *Oclusão de causa extramural* – as massas mesentéricas e peritoneais, as aderências malignas ou benignas, o crescimento dos

*Assistente de Medicina Interna
Unidade de Cuidados Continuados / IPO - Porto

**Assistente Graduado de Medicina Interna
Responsável da Unidade de Cuidados
Continuados / IPO - Porto

próprios tumores primários, as recidivas tumorais e as fibroses pós-rálicas provocam compressão extrínseca.

2. *Oclusão de causa intramural* – o crescimento do tumor através das camadas musculares vai provocar espessamento da parede, com conseqüente diminuição da elasticidade e aumento da contracção. É a chamada *linité plástica*.
3. *Oclusão de causa intraluminal* – o preenchimento do lúmen pelo crescimento do tumor primário, pela disseminação anular tumoral ou, ocasionalmente, por metástases. Os tumores que mais contribuem com metástases para esta situação são os carcinomas do ovário, pâncreas, cólon e estômago.
4. *Oclusão por alterações da motilidade* – a motilidade está diminuída ou abolida num determinado segmento do intestino, sendo considerada uma situação de pseudo-occlusão, pois não há qualquer oclusão do lúmen: é causada por infiltração do tumor a nível do mesentério ou musculatura intestinal ou, raramente, por envolvimento do plexo celiaco.
5. *Oclusão de causas multifactoriais* – outros factores podem contribuir: edema de inflamação, conteúdo fecal (como efeito ou não dos opióides)^{5,6}, fibrose, perda de elasticidade, fadiga dos músculos intestinais, alterações da flora fecal e alterações electrolíticas (hipocaliemia, hipocalcemia e hipomagnesemia).

Perante a suspeita duma oclusão intestinal, raramente é necessário recorrer a outros meios auxiliares de diagnóstico que não o Rx abdominal simples (de pé ou tangencial),

onde é possível verificar-se a presença de níveis hidroaéreos, patognomónicos desta situação⁷. Contudo, quando os achados imageológicos não são conclusivos, quando o segmento envolvido apresenta pouca ou nenhuma distensão por não formação de gás (como é o caso do cólon ascendente ou a região do cego), quando não é possível fazer a distinção entre massa tumoral e conteúdo fecal, quando se suspeita de aderências a nível do delgado ou mesmo quando é imprescindível localizar o nível da obstrução, aí sim, poderá ser necessário recorrer-se a outros meios auxiliares, como é o caso do enema baritado, da ecografia⁸, da tomografia computadorizada ou mesmo da colonoscopia.

Mas, e querendo reforçar o que atrás se disse, são raras as situações em Cuidados Paliativos em que é necessário recorrer-se a estes exames, não sendo lícito utilizá-los num doente que, à partida, não reúne as condições para uma cirurgia.

SINTOMAS

A oclusão intestinal pode ter uma instalação súbita, com distensão, dor tipo cólica, vômitos e obstipação, mas, habitualmente, manifesta-se numa forma insidiosa, podendo mesmo o quadro arrastar-se ao longo de semanas.

O nível a que se pode dar a obstrução, assim como o facto desta poder ser parcial ou completa, vão ser factores determinantes no que respeita ao aparecimento dos sintomas e estes parecem piorar gradualmente até se tornarem contínuos².

As dores e os vômitos são sintomas constantes em qualquer fase da oclusão não controlada, mas outras queixas podem associar-se-lhes: anorexia, náuseas, distensão

abdominal e hiperperistaltismo.

As dores abdominais podem ser de dois tipos: em cólica, correspondendo a ondas de peristaltismo aumentado contra a resistência da obstrução, ou contínuas, podendo aqui estar envolvidas várias situações; como exemplos temos o caso da distensão de ansas ou a compressão por crescimento de massas intrabdominais.

No caso dos vômitos, eles são precoces e em grandes quantidades, na obstrução gástrica e do intestino delgado, com conteúdo alimentar ou fecalóide; na obstrução cólica são tardios.

No que se refere à obstipação, é importante salientar que este problema é uma das queixas frequentes dos doentes que tomam opióides^{5,6}, mas no que respeita à oclusão pode haver uma subvalorização do quadro, principalmente quando é o próprio doente que regista a existência de fecalomas em pequena quantidade como sendo um funcionamento intestinal normal.

Muitas vezes é difícil fazer a distinção entre obstrução por massa fecal e oclusão intestinal.

TRATAMENTO

Cirurgia

O tratamento cirúrgico deve ser considerado para cada doente em que se instala um quadro oclusivo. Contudo, quando esta é a decisão terapêutica, a dificuldade em avançar fundamenta-se nos factores de prognóstico¹ e nas complicações que são mais frequentes nestes doentes: há resultados que evidenciam uma taxa de mortalidade mais alta, inerentes a um maior número de complicações pós-cirúrgicas (fistulas enterocutâneas, abscessos, deiscências de suturas e instalação de nova

ocusão)^{1,9}. Assim, foram propostas algumas directrizes tendo em vista as indicações e contra-indicações para a cirurgia:

Indicações:

1. Possibilidade de local único
2. Bom estado geral
3. Ausência de grandes massas abdominais
4. Distensão abdominal
5. Desejo do doente em ser submetido a cirurgia.

Contraindicações:

1. Más condições gerais
2. Obstruções múltiplas
3. Recusa do doente.

No caso particular do carcinoma do ovário foi também proposto um número de factores indicativos de potencial benefício cirúrgico¹:

1. Idade inferior a 65 anos
2. Bom estado nutricional
3. Doença limitada, sem evidência de massas palpáveis, metastização hepática ou metástases à distância
4. Ausência de ascite
5. Sem tratamento prévio com Radioterapia.

Intubação nasogástrica

A colocação de sonda nasogástrica tem um número limitado de indicações: quando se pretende um alívio sintomático em que a descompressão está em causa, quando os vómitos são de difícil controlo com tratamento farmacológico, quando a obstrução é alta ou eventualmente numa preparação para a cirurgia quando há essa indicação. Caso contrário, o uso prolongado da intubação para tratamento sintomático em doentes sem indicação cirúrgica não deve ser recomendado: o desconforto que causa, por si só, já

é um factor a considerar¹⁰.

Gastrostomia percutânea

A introdução duma sonda no estômago através da parede abdominal é uma técnica que utiliza a endoscopia, realizada pelos Gastroenterologistas, ou a fluoroscopia, realizada pelos Radiologistas de Intervenção, e é executada com segurança apenas com anestesia local. Habitualmente usada para a alimentação dos doentes com disfagia alta, num quadro de oclusão intestinal, a sua indicação justificar-se-ia só como elemento de descompressão⁴. Habitualmente o seu uso está limitado pela falta de condições técnicas de realização, inerentes à própria condição física do doente: o estado de debilidade destes doentes e a ocorrência de ascite são as principais contra-indicações. Quanto à ascite, há trabalhos em curso em que esta actuação tem sido realizada com resultados satisfatórios, mas os potenciais casos são escassos, ficando assim relegada para segundo plano, tanto mais que face à terapêutica farmacológica usada se têm conseguido bons resultados¹¹.

Tratamento farmacológico

A possibilidade de controlar medicamente os sintomas na oclusão intestinal, duma forma muito satisfatória, veio revolucionar a abordagem terapêutica desta situação. Isto ainda nos é mais grato, sabendo nós que, tratando-se de doentes na sua maioria em fase terminal da sua doença, doutra maneira teriam que se ver rendidos e resignados à sua situação de sofrimento final.

O uso da via subcutânea resultou como uma excelente alternativa, deixando ao doente a opção de se manter em ambulatório, quando possível e desejado. O aparecimen-

to das seringas perfusoras veio permitir uma maior facilidade de manuseamento, como alternativa a outras formas de administração. Por outro lado, o leque de fármacos que podem ser oferecidos nesta situação também aumentou, assim como o conhecimento das suas acções e possibilidade de associações, permitindo assim uma maleabilidade de conduta.

Dor

No tratamento da dor contínua, resultante da compressão ou distensão abdominal, usa-se a morfina^{1,2,4}, administrada por via subcutânea. A dose vai sendo ajustada de acordo com a evolução da situação, podendo atingir valores da ordem das centenas de miligramas por dia, até porque a maioria dos doentes já estava medicada com ela anteriormente.

Quando a dor é intermitente, tipo cólica, deve-se associar um antiespasmódico: habitualmente é a butilescopolamina^{1,2,4}, na dose de 60 a 120 mg/dia – SC; não tem efeitos laterais centrais e, para além disso, a sua acção anticolinérgica contribui para a diminuição dos vómitos, ao diminuir as secreções.

Náuseas e vómitos

A escolha do antiemético implica que, para além da necessidade da mesma via de administração, não haja uma acção propulsora da parede intestinal e, conseqüentemente, um agravamento das dores.

A metoclopramida^{1,2}, tal como a domperidona^{1,2}, têm aqui indicações precisas: o seu papel é importante quando a obstrução não é total e nas situações de vómitos por obstrução alta, como é o caso da obstrução gastroduodenal; aqui, as doses da metoclopramida podem ir até aos 240 mg/dia – SC.

O haloperidol é o fármaco de primeira escolha^{1,3,4}. A dose inicial é de 5 mg/dia – SC, podendo ajustar-se até um total de 15 mg⁴.

Outros antieméticos também devem ser referidos, mas o seu uso tem sido menor, dado os bons resultados obtidos com o haloperidol: prometazina, clorpromazina, procloroperazina, levomepromazina e ciclizina (este último não disponível em Portugal).

Outros fármacos

Outro grupo de fármacos usados nesta situação são os corticosteróides. Os resultados obtidos não provêm de qualquer acção que possam ter sobre as náuseas, os vômitos, ou mesmo a dor, mas o que parece é que a sua eficácia resulta da redução do edema perilesional que possa estar implicado na fisiopatologia dos sintomas em causa, contribuindo assim para o alívio sintomático global¹². Há centros em que o seu uso se faz numa forma estandardizada.

Entre os corticosteróides usados, a dexametasona tem sido a usada como primeira escolha, numa dose que varia entre os 8 e os 60 mg/dia – SC, quer sob a forma de perfusão, quer em doses repartidas.

A prednisolona é outro dos corticosteróides usados nesta situação, numa dose inicial de 50 mg/dia.

O papel dos análogos da somatostatina na oclusão intestinal deve-se ao efeito que têm na diminuição da motilidade e das secreções intestinais. O octreotide, que é o análogo sintético usado com bons resultados (mais de 70% dos doentes tiveram bom ou completo controlo dos vômitos), pode também ser administrado por via subcutânea, em perfusão contínua e em combinação com outros fármacos (0.3-0.6 mg/dia – SC), mas o seu

preço extremamente caro torna-o de difícil escolha^{14,15}.

Obstipação

A obstipação deve ser combatida com laxantes, com acção amolecedora das fezes, devendo evitar-se aqueles que possam ter uma acção propulsora sobre a musculatura intestinal (sene, picossulfato de sódio, hidróxido de magnésio), correndo o risco de agravar as queixas da obstrução. O mais usado é a lactulose⁶.

Quanto mais alta é a oclusão, menos eficaz é a acção do laxante.

Diarreia

A diarreia pode ser uma das manifestações da oclusão intestinal, como já foi mencionado atrás; a escolha de antidiarreicos pode não ser de todo necessário, pois geralmente os doentes já estão medicados com morfina que tem o seu efeito obstipante bem marcado; por outro lado, quando isto não acontece, pode-se recorrer ao uso da loperamida, na dose de 2 a 4 mg x 4/dia – oral, ou à codeína.

CONCLUSÃO

Em cuidados paliativos, uma oclusão completa instalada ficará até ao final, mas é importante que o doente não tenha que passar mal quando não há resposta cirúrgica para a sua resolução.

Os resultados encontrados na literatura sobre este assunto são sobreponíveis e a opinião de actuação é partilhada por todos os que trabalham com estes doentes.

A quase totalidade de controlo dos sintomas, mas não todos eles, pode para muitos ainda estar muito aquém da meta a atingir, mas tem sido até agora a forma conseguida (nalguns com êxito) e quase só me-

dante o uso de terapêutica farmacológica, contribuindo assim para minimizar o desconforto num tipo de doentes para os quais a Medicina Paliativa ainda muito mais quer fazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faisinger RL. Pain and palliative care: Integrating Medical and surgical treatments in gastrointestinal, genitourinary and biliary obstruction in patients with cancer. *Hematology/Oncology Clinics of North America* 1996; 10: 173-179.
2. Ripamonti C. Malignant bowel obstruction in advanced and terminal cancer patients. *European Journal of Palliative Care* 1994; 1(1): 16-19.
3. Costa I, Gonçalves F. Oclusão intestinal em doentes com cancro. *Acta Médica Portuguesa* 1997; 10: 381-385.
4. Baines MJ. The pathophysiology and management of malignant intestinal obstruction. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* 1998; 2th edition : 526-533.
5. Agra Y, Sacristán A, Gonzalez M, Ferrari M, Português A, Calvo MJ. Efficacy of Senna versus Lactulose in Terminal Cancer Patients Treated with Opioids. *Journal of Pain and Symptom Management* 1998; 15(1): 1-7.
6. Sykes N. The treatment of morphine-induced constipation. *European Journal of Palliative Care* 1998; 5(1): 12-15.
7. Bryk D. Diagnosis of the Colonic Obstruction Based on Findings on Plain Radiographs. *AJR* 1994; 163: 225.
8. Lim JH, Ko YT, Lee DH, Lee HW, Lim JW. Determining the Site and Causes of Colonic Obstruction with Sonography. *AJR* 1994; 163: 1113-1117.
9. Girardier J, Béal JL, Alavoine V, Mathieu D, Curci M. Comment traiter les occlusions intestinales en soins palliatifs. *InfoKara* 1998; 49(1): 16-26.
10. Steadman K, Franks A. A woman with malignant bowel obstruction who did not want to die with tubes. *Lancet* 1996; 347: 944.
11. Ryan JM, Hahn PF, Mueller PR. Performing Radiologic Gastrostomy or Gastrojejunostomy in Patients with

Malignant Ascites. *AJR* 1998; 171: 1003-1006.

12. Hardy J. Pitfalls in placebo-controlled trials in palliative care: dexamethasone for the palliation of malignant bowel obstruction. *Palliative Medicine* 1998; 12: 437-442.

13. Reuben DB, Mor V. Nausea and Vomiting in Terminal Cancer Patients. *Arch Intern Med* 1986; 146: 2021-2023.

14. Khoo D, Hallen, Motson R, Riley J, Denman K, Waxman J. Palliation of malignant obstruction using octreotide. *Eur J Cancer* 1994; 30A: 28-30.

15. Riley J, Fallon MT. Octreotide in terminal malignant obstruction of the gas-

trointestinal tract. *European Journal of Palliative Care* 1998; 1(1): 23-25.

Recebido em 04/08/99

Aceite para publicação em 23/10/00

Endereço para correspondência:

Carolina Monteiro

Unidade de Cuidados Continuados

IPO - Porto

R. Dr. António Bernardino de Almeida

4200 - 072 Porto

Telef: 02-5073940

Fax: 02- 5506833

INTESTINAL OBSTRUCTION IN ADVANCED MALIGNANCIES

ABSTRACT

Intestinal obstruction is a complication of advanced malignancy, with an incidence of up to 15% according to data from palliative care units. The clinical picture is similar to that observed in cases of non-malignant cause. Surgery still is the preferred treatment for this condition. However, the surgical decision depends on various factors, mainly the patient's general health status. Patients are often debilitated or even cachectic, in the terminal phase of their disease, thus presenting with a higher surgical risk. The patient's and the family's wishes are also important when making a decision. Whenever surgery is not an option, the patient should be treated conservatively according to his/her symptoms. Abdominal pain, nausea and vomiting have been treated successfully. Results obtained with analgesics, anti-emetics, and other drugs, have allowed other forms of invasive therapy, such as prolonged nasogastric intubation or IV infusions, to seldom be required in palliative care. Thus, fluid ingestion and in some cases even a light meal are possible.

Key-words:

Advanced Malignancy; Intestinal Obstruction; Conservative Treatment; Symptomatic Treatment; Palliative Care