



Trabalhos Científicos

Título: Relato De Caso: Síndrome De Obstrução Intestinal Distal

Autores: NATASCHA SILVA SANDY; PEDRO SEIXAS AZZOLINI; ANGELINA MARIA FREIRE GONÇALVES; VERA HERMINA KALIKA KOCH; MARCELA SALES SEOANE

Resumo: INTRODUÇÃO: A Síndrome de Obstrução Intestinal distal (SOID) foi inicialmente descrita como “equivalente do íleo meconial” e caracteriza-se por obstrução intestinal aguda em paciente portador de Fibrose Cística. DESCRIÇÃO DE CASO: Paciente feminina, 13 anos, portadora de mucoviscidose, internada para suporte ventilatório e cuidados paliativos, iniciou quadro de dor abdominal difusa em cólica, associada a distensão abdominal, inapetência, ausência de evacuação há dois dias, flatos presentes. Sem resposta da dor a simeticona, escopolamina, analgésicos simples, jejum e abertura da gastrostomia, ou dose de resgate de morfina (fazia uso dessa droga para dispneia). Submetida a ultrassonografia de abdome no leito, que revelou acentuada dilatação líquida e gasosa em alças de delgado, e peristalse não efetiva. Tomografia computadorizada confirmou distensão jejunal e de íleo proximal, até alças ileais em flanco direito, local de espessamento das paredes intestinais e abrupta redução do calibre, com obstrução à montante – intestino e cólons distais a esse ponto, murchos. Pela hipótese de SOID, a paciente recebeu N-acetil-cisteína em altas doses pela gastrostomia, apresentando eliminação massiva de conteúdo intestinal espesso e resolução da dor. DISCUSSÃO: A SOID acomete até 47% dos pacientes fibrocísticos, principalmente adolescentes/ adultos jovens, portadores de mutações graves e/ou de insuficiência pancreática. Cursa com obstrução completa ou parcial do intestino delgado, mais comumente na junção ileocecal. Sua patogênese não é completamente esclarecida, deve abranger insuficiência pancreática e dismotilidade intestinal. Manifesta-se com dor abdominal em cólica, distensão abdominal, massa palpável em quadrante inferior direito, e evidência radiológica de acúmulo fecal em delgado e cólon direito. Na obstrução incompleta geralmente há resposta a reidratação oral e laxantes osmóticos, enquanto na completa, o manejo deve incluir diatrizoato ou N-acetilcisteína enterais, ou enema hiperosmolar. Pode haver necessidade de tratamento cirúrgico. CONCLUSÃO: A SOID deve ser prontamente reconhecida e devidamente manejada, dada a sua alta incidência e morbidade em pacientes fibrocísticos.