

MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS
ESCOLA DE SAÚDE DA MARINHA

**SÍNDROME DA OBSTRUÇÃO INTESTINAL DISTAL EM PACIENTE COM FIBROSE
CÍSTICA: UM RELATO DE CASO**

LAÍS SILVA DO NASCIMENTO

Rio de Janeiro - RJ

MARINHA DO BRASIL

HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

ESCOLA DE SAÚDE DA MARINHA

**SÍNDROME DA OBSTRUÇÃO INTESTINAL DISTAL EM PACIENTE COM FIBROSE
CÍSTICA: UM RELATO DE CASO**

AUTORA: LAÍS SILVA DO NASCIMENTO

ORIENTADORA: ANA LUÍSA DE ARÊA LEÃO ALVES

Rio de Janeiro – RJ

2025

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
RELATO DE CASO.....	8
DISCUSSÃO.....	11
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15

RESUMO

Introdução: A síndrome da obstrução intestinal distal é uma complicação da fibrose cística comum nos pacientes com insuficiência pancreática. Caracterizada por acúmulo de fezes viscosas e conteúdo mucóide em íleo terminal e ceco, associada a espessamento da parede intestinal. Pode-se apresentar de forma aguda com obstrução intestinal. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente com diagnóstico prévio de fibrose cística e insuficiência pancreática, diagnosticado com síndrome da obstrução intestinal distal, visando otimizar o manejo de pacientes que apresentam essa síndrome. **Método:** Foram realizadas as revisões do prontuário médico individual, laudos de exames radiológicos e laboratoriais, assim como da literatura atual que auxiliaram na construção e descrição desse estudo observacional e descritivo. **Considerações Finais:** A Síndrome da obstrução intestinal distal é um dos possíveis diagnósticos em pacientes com fibrose cística e dor abdominal na emergência, tendo como diagnósticos diferenciais doenças cirúrgicas como apendicite e intussuscepção. Sendo assim, é de suma importância que os profissionais conheçam e saibam fazer o diagnóstico de tal síndrome visando o tratamento e manejo adequado do paciente.

Palavras chave: Obstrução intestinal distal; fibrose cística; abdomen agudo.

ABSTRACT

Introduction: Distal intestinal obstruction syndrome is a complication of cystic fibrosis commonly observed in patients with pancreatic insufficiency. It is characterized by the accumulation of viscous feces and mucoid content in the terminal ileum and cecum, associated with thickening of the intestinal wall. It may present acutely with intestinal obstruction. **Objective:** To report the case of a patient with a prior diagnosis of cystic fibrosis and pancreatic insufficiency, diagnosed with distal intestinal obstruction syndrome, aiming to optimize the management of patients with this syndrome. **Method:** Individual medical record reviews, radiological and laboratory examination reports, as well as a review of the current literature, were conducted to support the construction and description of this observational and descriptive study. **Final Considerations:** Distal intestinal obstruction syndrome is one of the possible diagnoses in patients with cystic fibrosis and abdominal pain in emergency settings, with differential diagnoses including surgical conditions such as appendicitis and intussusception. Therefore, it is of utmost importance that healthcare professionals recognize and know how to diagnose this syndrome to ensure proper treatment and management of the patient

Keywords: Distal intestinal obstruction; cystic fibrosis; acute abdomen.

INTRODUÇÃO

A síndrome da obstrução intestinal distal (DIOS) é uma complicação gastrointestinal específica de pacientes com fibrose cística (FC), doença genética autossômica recessiva causada por mutações no gene CFTR (2, 4, 5). Caracteriza-se pela obstrução parcial ou completa no íleo distal e ceco devido ao acúmulo de material fecal desidratado e viscoso, associado a secreções mucosas aderentes (3, 5, 7). Essa condição reflete a complexidade multissistêmica da FC, que afeta predominantemente os sistemas respiratório e gastrointestinal, dificultando o manejo clínico (4, 5, 6).

A DIOS é mais comum em adultos, mas também ocorre em crianças e adolescentes, com uma prevalência estimada de até 16% ao longo da vida (3, 4, 7). Fatores de risco incluem insuficiência pancreática, histórico neonatal de íleo meconial e desidratação crônica (2, 3, 6).

Do ponto de vista fisiopatológico, a disfunção do CFTR compromete o transporte de cloreto e água, resultando em desidratação do conteúdo intestinal e aumento da viscosidade fecal (2, 4, 7). Esse processo, aliado à motilidade intestinal reduzida e inflamação subjacente, predispõe à obstrução (3, 5, 6). A insuficiência pancreática agrava o quadro pela má absorção de gorduras, contribuindo para fezes mais densas e difíceis de eliminar (2, 4, 6).

Clinicamente, os pacientes apresentam dor abdominal no quadrante inferior direito, distensão, constipação severa e, em obstruções completas, vômitos biliosos (4, 5, 6). O diagnóstico baseia-se na combinação de avaliação clínica e exames de imagem, sendo a tomografia computadorizada o padrão-ouro para confirmar a condição e excluir outras causas, como apendicite e complicações como intussuscepção (3, 5, 7).

O manejo inicial é conservador, com reidratação, uso de laxantes osmóticos e enemas (2, 4, 6). Casos refratários podem demandar colonoscopia para descompressão ou, em última instância, cirurgia (2, 4, 5). A prevenção inclui ajustes na suplementação de enzimas pancreáticas, hidratação adequada e uso profilático de laxantes, com acompanhamento multidisciplinar essencial para reduzir recorrências e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (4, 5, 6).

O estudo de caso a seguir tem como objetivo relatar e discutir um caso clínico de síndrome da obstrução intestinal distal em um paciente portador de fibrose cística, destacando os aspectos clínicos, diagnósticos, terapêuticos e preventivos envolvidos no manejo dessa condição complexa. Pretende-se, com este estudo, ilustrar a aplicação prática de diretrizes baseadas em evidências na abordagem da DIOS, enfatizando a importância do diagnóstico precoce, do manejo escalonado e da implementação de medidas preventivas para minimizar o risco de recorrências e melhorar a qualidade de vida do paciente. Além disso, o trabalho busca contribuir para o entendimento das particularidades que envolvem o tratamento de pacientes com fibrose cística e suas complicações gastrointestinais, fornecendo subsídios para a prática clínica e para a pesquisa contínua nesta área. Além de enfatizar o manejo adequado otimizando o tratamento dos pacientes com tal patologia.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, J.S.M, 43 anos, portador de fibrose cística (FC) diagnosticada tardiamente aos 20 anos, apresentou-se ao serviço de emergência do Hospital Naval Marcílio Dias, com quadro de dor abdominal localizada, mais intensa na fossa ilíaca direita, acompanhada de parada na eliminação de fezes e diminuição de flatos há quatro dias. Ele relatou episódios semelhantes no passado, mas nunca tão prolongados ou severos. O paciente fazia uso contínuo de pancreatina para manejo da insuficiência pancreática associada à FC. Negava febre, vômitos ou perda significativa de peso recente. No entanto, referia histórico de constipação ocasional, exacerbada durante períodos de menor ingestão hídrica.

Na admissão, o exame físico revelou massa palpável na fossa ilíaca direita, associada a dor localizada à palpação do abdômen inferior, sem sinais de irritação peritoneal, como defesa ou dor à descompressão brusca. O restante do abdômen apresentava-se distendido, sem ruídos hidroaéreos alterados. Não foram observados sinais sistêmicos de infecção, como febre ou taquicardia. Os sinais vitais estavam dentro dos parâmetros normais, e o exame respiratório não evidenciou alterações relevantes no momento.

Dada a apresentação clínica, foi solicitada uma tomografia computadorizada (TC) de abdômen, que evidenciou aparente intussuscepção ileocólica, com “sinal do alvo”, além de espessamento parietal regular de alças do cólon ascendente e íleo distal, grande quantidade de fezes impactadas na região do íleo distal e ceco e dilatação de alças intestinais proximais, sem sinais de perfuração ou pneumoperitônio.

Os achados eram compatíveis com uma apresentação aguda da síndrome da obstrução intestinal distal (DIOS), exacerbada pela intussuscepção secundária. A ausência de sinais sistêmicos de

inflamação ou perfuração intestinal corroborava a indicação inicial de manejo clínico conservador, que incluiu hidratação endovenosa, administração de laxantes orais e sintomáticos para manejo da dor abdominal. Após manejo inicial do paciente com hidratação intravenosa e laxantes orais, paciente apresentou melhora parcial, mas ainda mantinha quadro de parada de eliminação de fezes, foi realizada uma colonoscopia com o objetivo de descompressão colônica e remoção do conteúdo fecal impactado.

Durante o procedimento, apesar da grande quantidade de conteúdo fecal durante todo o cólon, foi possível avaliação de mucosa cecal e identificação da reversão da intussuscepção, já que a mesma que não foi evidenciada no exame.

Após tratamentos instituídos, o paciente apresentou uma evolução clínica satisfatória. Ele relatou alívio gradual da dor abdominal, inicialmente percebido como uma redução na intensidade e, posteriormente, como sua resolução completa. A eliminação de fezes com características habituais foi observada nas primeiras 24 horas após o procedimento de colonoscopia, indicando o restabelecimento do trânsito intestinal.

Após o paciente foi submetido a uma nova tomografia para controle, que evidenciou redução dos achados sugestivos de intussuscepção, ausência de sinais de complicações, como perfuração, que poderiam demandar intervenção cirúrgica.

Os sinais vitais do paciente permaneceram estáveis ao longo do acompanhamento hospitalar, sem febre, taquicardia ou outros indicativos de infecção através de exames laboratoriais. A recuperação nutricional do paciente foi avaliada, considerando sua condição de fibrose cística, sendo recomendado o ajuste na suplementação enzimática pancreática e a reavaliação nutricional. Após melhora completa dos sintomas após 7 dias de internação hospitalar e resolução do quadro de

obstrução intestinal, após 2 dias da colonoscopia, o paciente recebeu alta hospitalar com orientações e encaminhamento para retorno e acompanhamento ambulatorial multidisciplinar.

DISCUSSÃO

O caso ilustra a complexidade da síndrome da obstrução intestinal distal (DIOS) em pacientes com condições subjacentes que comprometem a motilidade e a fisiologia intestinal. O diagnóstico tardio da FC, aos 20 anos, associado a insuficiência pancreática, representou fatores predisponentes claros para o desenvolvimento de DIOS. A apresentação clínica clássica, com dor abdominal localizada, parada de eliminação de fezes e massa palpável na fossa ilíaca direita, facilitando o diagnóstico inicial por meio de avaliação clínica e tomografia computadorizada (1, 3, 4).

Do ponto de vista clínico, o caso ressalta as implicações de um manejo ágil em contextos onde a condição não é identificada precocemente. A intussuscepção secundária identificada na tomografia computadorizada reflete uma complicação potencialmente grave, que, se não manejada adequadamente, poderia levar a perfuração ou isquemia intestinal (2, 4, 6). A decisão por iniciar o tratamento com hidratação intravenosa, laxantes osmóticos e sintomáticos baseou-se em diretrizes estabelecidas. A desidratação agrava a viscosidade do conteúdo intestinal e reduz a motilidade intestinal, contribuindo para o agravamento da obstrução (2, 4, 6). A administração de laxantes orais, como polietilenoglicol, promove o amolecimento do conteúdo fecal impactado. Este é um tratamento de primeira linha em DIOS (2, 4, 7).

A colonoscopia, empregada após a ausência de resposta satisfatória ao manejo inicial, revelou-se essencial tanto para descompressão colônica quanto para a confirmação diagnóstica. A literatura reforça o papel da colonoscopia como uma abordagem terapêutica segura e eficaz, especialmente em pacientes com FC, nos quais a cirurgia apresenta altos riscos de complicações pulmonares e nutricionais (5, 7). A colonoscopia permite a visualização e o tratamento do conteúdo impactado,

reduzindo a pressão intraluminal e facilitando a resolução da intussuscepção associada (3, 5, 7). Embora o diagnóstico de DIOS já estivesse estabelecido, a colonoscopia também permite avaliar diretamente a mucosa colônica para excluir condições coexistentes, como inflamação ou lesões estruturais (3, 5, 7).

Entretanto, o caso também apresenta limitações que devem ser consideradas. O diagnóstico tardio da FC contribuiu para o acúmulo de complicações ao longo do tempo, tornando o manejo mais desafiador. Além disso, embora a intervenção tenha sido eficaz, a alta taxa de recorrência de DIOS exige um acompanhamento contínuo e rigoroso para evitar futuros episódios (1, 3, 7). Portanto, medidas preventivas personalizadas devem ser planejadas para minimizar os riscos e melhorar a qualidade de vida do paciente (4, 6). Além disso, o acompanhamento regular deverá incluir avaliações periódicas para ajustar as intervenções terapêuticas conforme necessário, garantindo que o paciente se mantenha estável e livre de novos episódios graves de DIOS (2, 5, 9).

A relevância do caso para a prática clínica é evidente, destacando a necessidade de estratégias personalizadas para o manejo de DIOS. Ele reforça a importância de diagnósticos precoces, intervenções escalonadas e o papel central da colonoscopia em casos refratários ao manejo clínico inicial. Além disso, o sucesso do tratamento sublinha a relevância de uma abordagem multidisciplinar e integrada para otimizar os desfechos e melhorar a qualidade de vida do paciente (2, 5, 9). Sendo essencial acompanhamento com gastroenterologista, para avaliação contínua da função intestinal e revisão periódica das estratégias preventivas (3, 5, 8), nutricionistas, para orientação dietética personalizada e ajustes na suplementação enzimática e nutricional (2, 5, 7) e pneumologistas, para avaliar as condições respiratórias e tratar exacerbações que podem indiretamente predispor à DIOS devido ao aumento do catabolismo e desidratação (2, 4, 6).

Para pesquisas futuras, seria relevante explorar abordagens terapêuticas mais avançadas, como o uso de agentes farmacológicos para melhorar a motilidade intestinal ou a modulação da viscosidade fecal em pacientes com FC. Estudos longitudinais também são necessários para avaliar a eficácia de estratégias preventivas e compreender melhor os fatores associados à recorrência de DIOS. Por fim, investigações focadas em diagnósticos precoces poderiam ajudar a reduzir a incidência de complicações severas e melhorar os resultados clínicos em pacientes com FC e DIOS (7, 8).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato serve como modelo para o tratamento de casos similares, e exemplifica o manejo clínico bem sucedido de um caso complexo, ressaltando a necessidade de diagnóstico precoce, intervenção direcionada e acompanhamento contínuo e integral como pilares do manejo eficaz da DIOS. Espera-se que o relato contribua para uma maior conscientização e fortalecimento do conhecimento entre profissionais de saúde sobre a síndrome da obstrução intestinal distal em pacientes com fibrose cística, facilitando e melhorando a capacidade de diagnóstico diferencial, melhoria das práticas clínicas, permitindo que médicos identifiquem rapidamente sintomas semelhantes e considerem a síndrome como uma possibilidade, especialmente em emergências, visando o melhor cuidado com os indivíduos com fibrose cística.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Odofin A. Intestinal obstruction in cystic fibrosis: a surgeon's perspective. *Int Surg J.* 2018;5(9):2948-51. Available from: <http://www.ijurgery.com>.
2. Colombo C, Ellemunter H, Houwen R, Munck A, Taylor C, Wilschanski M. Guidelines for the diagnosis and management of distal intestinal obstruction syndrome in cystic fibrosis patients. *J Cyst Fibros.* 2011;10(Suppl 2):S24-8. Available from: <http://www.elsevier.com/locate/jcf>.
3. Maus J, Mana F, Reynaert H, Urbain D. Distal intestinal obstruction in cystic fibrosis patients. *Acta Gastroenterol Belg.* 2015;78(1):49-52.
4. Sandy NS, Massabki LH, Gonçalves AC, Ribeiro AF, Ribeiro JD, Servidoni MF, et al. Distal intestinal obstruction syndrome: a diagnostic and therapeutic challenge in cystic fibrosis. *J Pediatr (Rio J).* 2020;96(6):732-40. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2019.08.009>.
5. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). Guidelines for diagnosis and management of DIOS. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010;54(6):767-74.
6. Dray X, Bienvenu T, Desmazes Dufeu N, Dusser D, Marteau P, Hubert D. Distal intestinal obstruction syndrome in adults with cystic fibrosis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2004;2:498-503.

7. Houwen RH, van der Doef HP, Sermet I, et al. on behalf of the ESPGHAN Cystic Fibrosis Working Group. Defining DIOS and constipation in cystic fibrosis with a multicenter study on the incidence, characteristics, and treatment of DIOS. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010;50:38-42.
8. Millar Jones L, Goodchild MC. Cystic fibrosis, pancreatic sufficiency, and distal intestinal obstruction syndrome: a report of four cases. *Acta Paediatr.* 1995;84:577-8.
9. Littlewood JM. Cystic fibrosis: gastrointestinal complications. *Br Med Bull.* 1992;48:847-59.