

TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO DE MÚLTIPLAS FÍSTULAS ENTERO-ATMOSFÉRICAS

Data de submissão: 04/10/2023

Data de aceite: 01/12/2023

Kamila Vidal Braun

Universidade Federal do Espírito Santo
departamento de Cirurgia Geral
Vitória – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/2243477809694315>

Camila Steckelberg Guerra Almeida

Universidade Federal do Espírito Santo
departamento de Cirurgia Geral
Vitória – Espírito Santo
<https://lattes.cnpq.br/5299516137647584>

Natanna Siqueira Spalenza

Universidade Federal do Espírito Santo
departamento de Cirurgia Geral
Vitória – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/4816115778675303>

RESUMO: As fístulas entero-atmosféricas representam uma complicação grave e de difícil tratamento dentro das catástrofes abdominais, com incidência importante em pacientes submetidos a peritoneostomia. Essa complicação cirúrgica é de alta morbimortalidade e gera um ciclo de catabolismo que requer tratamento intensivo para controle de sepse e aporte nutricional.

PALAVRAS-CHAVE: Fístula entero-atmosférica, Peritoneostomia, Nutrição parenteral.

CLINICAL AND SURGICAL TREATMENT OF MULTIPLE ENTERO- ATMOSPHERIC FISTULAS

ABSTRACT: Entero-atmospheric fistulas represent serious and very difficult to treat complication within the abdominal catastrophes, with an important incidence in patient whom were submitted to peritoneostomy. This surgical complication has high morbidity and mortality and generates a cycle of catabolism that requires intensive treatment to control sepsis and nutritional support.

KEYWORDS: Entero-atmospheric fistula, Peritoneostomy, Parenteral nutrition.

MÉTODOS:

As informações presentes neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registros fotográficos ao longo do tratamento além de revisão da literatura.

RELATO DE CASO:

Paciente AAB, sexo feminino, 52 anos, submetida a sete abordagens cirúrgicas prévias abdominais devido

hérnia incisional após ooforectomia em outro serviço há 16 anos. Admitida no nosso serviço (Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes) por isquemia mesentérica de colón transverso com grande quantidade de aderências intestinais. Realizado colectomia direita estendida com ileostomia terminal em caráter de urgência, evoluiu com desabamento de ostomia com piora clínica importante em leito de unidade de terapia intensiva. Após sucessivas reabordagens abdominais por peritonite fecal, foi optado por manter em peritoneostomia devido abdome congelado e fistulas entéricas múltiplas com tentativas de orientação com sonda Foley, porém sem sucesso (figura 1 e 4). Com a grande retração da parede abdominal e surgimento de múltiplas fistulas entéricas de alto débito foi usado por longo período curativo a Barker afim de orientar (figura 2). Em paralelo a contenção da catástrofe abdominal, seguiu com nutrição parenteral total e cursos de octreotida com o intuito de reduzir o débito das fistulas. Mantendo sem melhora das fistulas, optamos junto a equipe multidisciplinar por implantar o sistema bolsa fistula (figura 3), além de cuidados com a pele e parede abdominal. Intercalando entre períodos de melhora do débito das fistulas, e piora clínico laboratorial por sepse, após 251 dias de internação hospitalar houve estabilidade do quadro nutricional e esfriamento do processo inflamatório abdominal, sendo submetida a enterectomia segmentar dos segmentos fistulosos e anastomose ileo-colica, remanescendo 120 cm de intestino delgado, com fechamento da parede abdominal com auxílio de tela de “proceed” (figura 5). Recebeu alta hospitalar após 293 dias de internação, alimentando-se sem restrições, com boa qualidade de vida e seguimento ambulatorial.

DISCUSSÃO:

Instaurado para o tratamento e controle de sepse abdominal, a peritoneostomia apresenta papel decisivo para exploração e lavagens programadas ou sob demanda da cavidade abdominal. Em contrapartida leva o paciente a um estado crítico de maior possibilidade de obstrução intestinal, abscessos intracavitários, perda de fluidos, eletrólitos e calor, risco de evisceração, e a pior das complicações, surgimento de fistulas enteroatmosféricas. Além de alta taxa de mortalidade que pode chegar a 60% nos casos associados à desnutrição e sepse, geram alta taxa de morbidade, onde o tempo de internação é prolongado e gera grande impacto na qualidade de vida do paciente. E destaca-se ainda o alto custo do tratamento. Assim como existe uma importante relação entre desnutrição peri-operatória e altas taxas de morbimortalidade, as fistulas entero-atmosféricas também seguem a regra. A terapia nutricional especializada trouxe grande aumento na sobrevida desses pacientes, principalmente nos casos de fístulas de alto débito, com o objetivo de impedir a desnutrição, acelera a cicatrização, modula a resposta inflamatória também reduz o débito da fístula assim como os análogos da somatostatina, que são utilizados tendo repostas nas primeiras semanas, porém ainda sem evidências suficientes.

CONCLUSÃO

A janela para abordagem cirúrgica e tratamento definitivo deve ser discutida e decidida após estabilidade do processo inflamatório intra-abdominal e estado nutricional, sem perda de tempo.

FIGURAS:

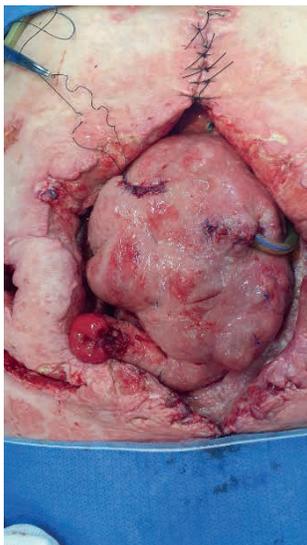


Figura 1: Abdomen congelado com fístulas entero-atmosféricas com tentativa de orientação das fistulas por meio de sonda Foley.



Figura 2: Curativo a Barker.



Figura 3: Sistema bolsa- fistula.



Figura 4: Fístulas enterro-atmosféricas em melhora.



Figura 5: Pós-operatório imediato de correção.

REFERÊNCIAS

1. Gallafrio ST, Millan LS, Galli RV, Carvalho JG, Tuma Junior P, Ferreira MC. O uso do tratamento a vácuo em fístulas enterocutâneas. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2010;25(3):59.
2. Natasha Caldas, Fábio Rodrigues, Samara Naser, Nimer Medrei, André Silva, MANEJO DE CATÁSTROFE ABDOMINAL: RELATO DE CASO, *Journal of Coloproctology*, Volume 37, Supplement 1, 2017, Page 168, ISSN 2237-9363.
3. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2016; 43(5): 312-313. Domingos AnDré FernAnDes DrumonD, TCBC-mg1