

Fonseca, MK; Cunha, CEB; Leonardi, L; Petrillo, YTM; Siebert-Jr, MS; Silva, JG; Breigeiron, R; Franco-Filho, JW.

Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – Porto Alegre, Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

O manejo do paciente com fístula digestiva é complexo e está relacionado a altos índices de morbimortalidade, sendo a desnutrição, a sepse e o desequilíbrio eletrolítico as principais causas de óbito. Nesse contexto, o suporte nutricional e metabólico representa um dos pilares do tratamento, exigindo trabalho multiprofissional e condutas dinâmicas e individualizadas.

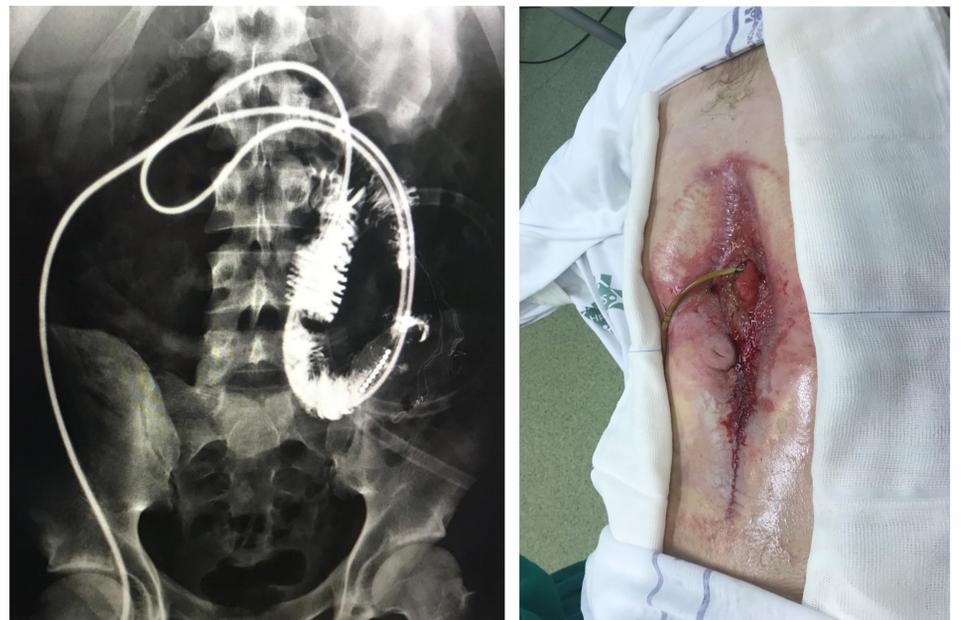
A fistuloclise é uma técnica relativamente nova que consiste na administração de nutrição enteral via um tubo de alimentação inserido diretamente através de uma fístula intestinal de alto débito.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 23 anos, admitido no setor de emergência vítima de ferimento único por projétil de arma de fogo transfixante do abdome. Foi submetido a laparotomia exploradora com hemostasia de lesão hepática, colecistectomia, rafia simples de duas lesões em parede anterior do piloro e segunda porção duodenal e ileocelectomia direita por lesão transfixante de ângulo hepático do cólon. Evoluiu com múltiplas complicações decorrentes de fístula digestiva da segunda porção duodenal, sendo inicialmente manejado com drenagem ampla, abdome aberto, suporte nutricional parenteral, octreotida e controle do conteúdo efluente.

Devido ao não fechamento espontâneo da fístula, foi submetido a novo tratamento cirúrgico após três meses, com ressecção dos segmentos de antro e duodeno acometidos e gastroenteroanastomose. Evoluiu com fístula gastro-atmosférica de alto débito (>2,5 litros/dia) com exteriorização de mucosa labiada em placa de peritonostomia.

Durante a internação, apresentou múltiplas complicações decorrentes da terapia nutricional parenteral, incluindo elevação de enzimas hepáticas, trombose venosa de subclávia e infecções relacionadas a cateter. O insucesso do tratamento cirúrgico com formação de nova fístula digestiva também foi atribuído à atrofia de mucosa intestinal após três meses de nutrição parenteral exclusiva. Devido à dificuldade de sondagem nasoenteral por endoscopia, optou-se pela canulação da fístula com sonda digestiva sob controle radiológico contrastado, sendo iniciada e mantida nutrição enteral por três meses.



Após melhora dos parâmetros nutricionais, o paciente foi finalmente submetido a ressecção da fístula e gastrorrafia com sucesso. Permaneceu internado recebendo dieta oral com suplementação enteral até recuperação adequada do peso, tendo alta hospitalar após nove meses de internação.

DISCUSSÃO

Atualmente, a preferência pelo suporte nutricional enteral sempre que possível é a regra, como forma de manutenção do trofismo da mucosa intestinal, além de menores riscos de complicações trombóticas e infecciosas e menor custo se comparado à nutrição parenteral. No caso descrito, a fistuloclise permitiu a redução da nutrição parenteral e uma recuperação parcial da função intestinal e dos parâmetros nutricionais do paciente, determinando um melhor resultado após a correção cirúrgica da fístula e reestabelecimento do trânsito intestinal.

REFERÊNCIAS

1. Teubner A et al. Br J Surg. 2004;91(5):625-631.
2. Willcutts K. Pract Gastr. 2010; 34-47-56.

