INFLUÊNCIA DA NUTRIÇÃO PRECOCE NO APARECIMENTO DE DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE DE DELGADO: RELATO DE CASO.

Tuane da Silva Sérgio, Guilherme Lucas Rodrigues da Cruz, Laura de Ross Rossi, Mariane Menegat Madruga, Nicole Seger Cunegatti, Larissa de Castro Fonseca.

INTRODUÇÃO

As hérnias de parede abdominal e inguinocrurais representam a afecção cirúrgica eletiva mais frequente tanto nos serviços privados quanto nos públicos, e a sua classificação depende da localização anatômica. As hérnias inguinais são responsáveis por 75% dos casos de hérnia, apresentam maior prevalência em homens e são mais comuns a direita (60%). O quadro clínico geralmente apresenta-se assintomático com abaulamento da região afetada. Em casos de encarceramento, mostram-se irreduzíveis e bastante dolorosas. O tratamento é cirúrgico, visando a correção da parede danificada, tendo múltiplas técnicas em vigência.

RELATO DE CASO

Paciente, feminina, 82 anos, dá entrada em Pronto Socorro por dor abdominal em hemiabdomen direito e disúria há 5 horas. Nega outras queixas. Apresenta histórico médico de múltiplas comorbidades, sendo uma delas hérnia inguinal à direita, uso de medicações contínuas, tabagista em abstinência e colecistectomia prévia. Ao exame físico apresenta fáceis de dor, abdômen depressível sem sinais de peritonismo e hérnia inguinal direita endurecida, não-reduzível e dolorosa à palpação. Solicitada tomografia computadorizada com contraste e ecografia abdominal, prescrita analgesia com opioide. Na ECG, evidência de hérnia volumosa à direita de conteúdo intestinal e pequena à esquerda; na TC com contraste, hérnia inguinal direita com presença de alça de delgado distendida e líquido livre associado. Paciente é encaminhada para laparotomia de urgência. No transoperatório, foi identificada hérnia femoral à direita não-reduzível com comprometimento de delgado. Realizado hernioplastia pela técnica de Bassani + McVay e enterectomia com anastomose terminoterminal manual em dois planos. 24 horas após a cirurgia, paciente encontra-se no leite, em NPO, com queixa de desconforto abdominal. Ao exame, FO de bom aspecto, abdome distendido e timpânico e pouca diurese. É iniciada dieta líquida incompleta. No segundo dia de pós-operatório, paciente refere náusea, apresenta distensão abdominal e não refere evacuação. No terceiro dia, equipe de cirurgia geral inicia Clavulin 1,2 g de 8 em 8 horas e realiza passagem de sonda nasogástrica para alívio dos sintomas abdominais. Nos três dias subsequentes, paciente segue com desconforto abdominal e ausência de evacuação, evoluindo para sepse de origem abdominal é encaminhada para UTI, apresenta duas novas intervenções cirúrgicas, numa delas evidenciando pus na cavidade abdominal e deiscência de anastomose primária em cicatriz de enterectomia, corrigida com colectomia e fechamento da pele. Na reintervenção programada 48 horas após a cirurgia, é identificado grande quantidade de líquido serosanguinolento livre e isquemia de sigmóide, coto proximal e distal de ílio. Sigmoidectomia com duas cargas, proximal e distal, ressecção de coto proximal e distal de ílio, ausência de exteriorização e fechamento da pele é a conduta adotada. Paciente retorna para UTI, apresenta piora constante do quadro e dos exames de rotina, evoluindo para óbito no 15º dia de internação.

DISCUSSÃO

Pacientes cirúrgicos apresentam processos metabólicos e nutricionais comprometidos. Tendo em vista que a nutrição excessiva ou abaixo do ideal aumentam o risco de morbidade e mortalidade no pós-operatório, o desenvolvimento e a implementação do suporte nutricional representam um dos principais avanços da cirurgia no último século. Os últimos estudos discutem a implementação precoce da dieta no pós-operatório imediato; contudo, fatores como existência de comorbidades prévias, alterações laboratoriais e estado geral do paciente devem ser levados em consideração antes de iniciar o suporte nutricional. De modo global, sugere-se, o uso da medição do gasto de energia em repouso e da taxa metabólica basal como parâmetros para avaliar a real necessidade de suplementação dietética no pós-operatório imediato.

Referências

1. Moore EE. Organ injury scale, II. *J Trauma* 1990;30:1427.
2. Sabiston Tratado de cirurgia. Courtney M Townsend et al. 18ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2010.
3. ATLS - Advanced Trauma Life Support for Doctors. American College of Surgeons. 10a. Ed 2018.
4. Rohde L, Oswaldt, AB. Rotinas em cirurgia digestiva. 3ª edição. Editora Artmed: Porto Alegre. 2005.