Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

OPEN ACCESS

doi.org/10.51891/rease.v12i11.33681

FECHAMENTO PRIMÁRIO DE FÍSTULA ENTÉRICA EM PERITONEOSTOMIA: RELATO DE CASO

PRIMARY CLOSURE OF ENTERIC FISTULA IN PERITONEOSTOMY: CASE REPORT

CIERRE PRIMARIO DE FÍSTULA ENTÉRICA EN PERITONEOSTOMÍA: REPORTE DE CASO

Maycon Lucas de Souza[1]
Bruno Macedo[2]
Paulo Adaias Piza[3]
Karla Cristina Cintra Mendes[4]
João Pedro Mirandola Hervatin[5]
Lucas Querino Wirz[6]

RESUMO: A sepse abdominal é uma das principais emergências cirúrgicas, geralmente causada por condições como perfuração intestinal, pancreatite necrosante ou deiscência de anastomoses, sendo frequentemente tratada com a técnica de peritoneostomia com o objetivo de controlar a infecção, permitir reoperações programadas e prevenir a síndrome compartimental abdominal. Apesar de sua eficácia, essa abordagem está associada a altas taxas de complicações, principalmente a formação de fístulas entéricas. O trabalho em questão tem como objetivo relatar o caso de uma paciente com fistula entérica em peritoneostomia, pós laparotomia por apendicite aguda complicada, no qual após múltiplas abordagens e tentativas para isolamento e manutenção de curativo e vácuo para tratamento da fístula, foi possível identificar a superficialidade da mesma com possibilidade de fechamento primário sem recidiva, contribuindo para melhora clínica importante e desospitalização da paciente. Dessa forma, visto a alta morbimortalidade e ao impacto econômico significativo nos longos períodos de internação hospitalar e múltiplas abordagens nessa patologia, é fundamental individualizar o tratamento ainda que pautado na redução do tempo de exposição peritoneal e abordagens menos lesivas, uma vez que a proposta terapêutica é complexa e com necessidade de mais estudos prospectivos para padronização de conduta no tratamento de fistulas entéricas em pacientes submetidos a peritoneostomia.

Palavras-chave: Sepse abdominal. Peritoneostomia. Fístula entérica.

ABSTRACT: Abdominal sepsis is among the most critical surgical emergencies, typically resulting from conditions such as intestinal perforation, necrotizing pancreatitis, or anastomotic dehiscence. It is frequently managed through the open abdomen technique (peritoneostomy), which facilitates infection control, allows for planned reoperations, and helps prevent abdominal compartment syndrome. Despite its therapeutic benefits, this approach is associated with a high incidence of complications, particularly the development of enteric fistulas. This report presents the case of a patient who developed an enteric fistula during peritoneostomy following laparotomy for complicated acute appendicitis. After multiple surgical interventions and repeated attempts to isolate the fistula and maintain appropriate negative pressure wound therapy, the lesion was found to be superficial, allowing for successful primary closure without recurrence. This led to marked clinical improvement and subsequent hospital discharge. Given

[1] Santa Casa de Misericórdia de Franca.
[2] Santa Casa de Misericórdia de Franca.
[3] Santa Casa de Misericórdia de Franca.
[4] Santa Casa de Misericórdia de Franca.
[5] Santa Casa de Misericórdia de Franca.
[6] Santa Casa de Misericórdia de Franca.

the high morbidity and mortality rates associated with enteric fistulas, as well as their considerable economic burden due to prolonged hospitalization and multiple surgical procedures, individualized management is imperative. Although current treatment strategies emphasize minimizing peritoneal exposure and utilizing less invasive techniques, the therapeutic approach remains complex and warrants further prospective studies to establish standardized protocols for the management of enteric fistulas in patients undergoing peritoneostomy.

Keywords: Abdominal sepsis. Peritoneostomy. Enteric fistula.

RESUMEN: La sepsis abdominal es una de las principales emergencias quirúrgicas, generalmente causada por condiciones como perforación intestinal, pancreatitis necrosante o dehiscencia de anastomosis, y con frecuencia se trata con la técnica de peritoneostomía, con el objetivo de controlar la infección, permitir reoperaciones programadas y prevenir el síndrome compartimental abdominal. A pesar de su eficacia, este abordaje se asocia a altas tasas de complicaciones, principalmente la formación de fístulas entéricas. Este trabajo tiene como objetivo relatar el caso de una paciente con fístula entérica en peritoneostomía, tras laparotomía por apendicitis aguda complicada, en la que, después de múltiples abordajes e intentos de aislar y mantener un apósito y terapia de vacío para el tratamiento de la fístula, fue posible identificar su superficialidad y la posibilidad de cierre primario sin recidiva, lo que contribuyó a una mejoría clínica importante y al alta hospitalaria de la paciente. Dada la alta morbimortalidad y el impacto económico significativo de los largos períodos de internación y de los múltiples abordajes en esta patología, es fundamental individualizar el tratamiento, orientado a reducir el tiempo de exposición peritoneal y a usar abordajes menos lesivos, ya que la propuesta terapéutica es compleja y requiere más estudios prospectivos para estandarizar la conducta en el tratamiento de fístulas entéricas en pacientes sometidos a peritoneostomía.

Palabras clave: Sepsis abdominal. Peritoneostomía. Fístula entérica.

1 INTRODUÇÃO

A sepse abdominal representa uma das condições mais graves e desafiadoras em cirurgias de emergência, apresentando como principais causas: diverticulite perfurada, apendicite perfurada, pancreatite necrosante e deiscência de anastomose com contaminação da cavidade abdominal. Nestes casos, o uso da periteonesotomia (também conhecida como técnica do abdome aberto) tem sido amplamente utilizada como estratégia terapêutica temporária para controle da infecção, facilitar realização de reabordagens cirúrgicas programadas, além da prevenção da síndrome compartimental abdominal1,2,3. No entanto, apesar de seus benefícios, essa abordagem está relacionada a elevadas taxas de complicações, destacando-se a formação de fístulas entéricas como uma das mais graves 5.

A formação de fístulas entéricas ou enteroatmosféricas em pacientes submetidos à peritoneostomia ocorre nos primeiros dias, geralmente após o terceiro dia da cirurgia inicial 1. Vários fatores contribuem para esse desfecho, incluindo manipulação excessiva de alças intestinais, infecção persistente, uso prolongado de terapia por pressão negativa (VAC), e a manutenção prolongada da cavidade abdominal aberta 5,7.

Segundo Coccolini et al, as taxas de mortalidade são elevadas, atingindo níveis superiores a 30%, dependendo da coorte de pacientes analisada, com necessidade de uma abordagem multidisciplinar entre o cirurgião e a equipe de terapia intensiva. Além das implicações clínicas diretas ao paciente, faz-se necessário pontuar o impacto econômico que as fístulas entéricas impõem sobre o sistemas de saúde, prolongando o tempo de internação, aumentando os custos hospitalares e exigindo múltiplas abordagens cirúrgicas6.

2 MÉTODOS

Trata-se de relato de caso descritivo de uma paciente atendida no pronto-socorro e internada na Santa Casa de Misericórdia de Franca (SP). As informações clínicas, cirúrgicas, de exames de imagem e de seguimento ambulatorial são apresentadas de forma cronológica, a partir do prontuário e dos exames de imagem da paciente. A discussão baseia-se em referências da literatura sobre peritoneostomia e fístula entérica citadas ao final do texto.

3 RESULTADOS

3.1 Relato de caso

M.P.S., 44 anos, sexo feminino, procedente de Franca, SP, sem comorbidades previas, referenciada ao Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia de Franca com suspeita clínica prévia de pancreatite aguda. Na admissão apresentava dor abdominal continua de início há 10 dias, caracterizada em forte intensidade, localizada em andar inferior evoluindo com piora do quadro nos últimos três dias, associada a diarreia com muco, negou vômitos, febre e hiporexia.

Ao exame físico, apresentava-se com abdome plano, flácido, ruídos hidroaéreas preservados, normotimpânico, doloroso a palpação superficial e profunda sobretudo em andar inferior difuso, sem irritação peritoneal e com massa palpável em topografia de fossa ilíaca direita medindo cerca de 10 cm. Foi submetida a propedêutica para abdome agudo, cujos exames iniciais evidenciaram aumento de leucócitos totais com desvio e PCR = 147. Realizada TC de abdome com contraste com imagens compatíveis com apendicite retro-cecal com descontinuidade parietal no seu terço médio, pneumoperitôneo e múltiplas coleções intracavitárias, compatíveis com apendicite aguda complicada com perfuração e abscessos.

Diante disso, foi indicada abordagem cirúrgica sendo realizado apendicectomia e lavagem da cavidade abdominal, recebendo alta hospitalar, com antibioticoterapia, três dias após o procedimento, sem intercorrências. Em seguimento ambulatorial, após infecção de ferida

operatória evoluiu com evisceração sendo submetida a nova laparotomia sendo identificado dois pontos de perfuração em íleo terminal, realizado rafia e mantido em peritoneostomia para reabordagem programada, já nesse contexto sendo observada retração da aponeurose. Por conseguinte, foram necessárias sucessivas abordagens cirúrgicas para tentativa de reaproximação da aponeurose sem desfecho favorável, inclusive sem possibilidade de síntese primaria da pele. Desse modo ficou estabelecido como conduta troca regular do curativo da peritoneostomia e fechamento por segunda intenção do bloqueio de alças.

Devido tempo de exposição prolongada e sucessivas abordagens com manipulação associado a terapia a vácuo nas trocas de curativos, paciente evoluiu com fístula entero-atmosférica de alto debito, apresentando como principais complicações dermatite importante da pele pelo contato com conteúdo entérico e infecção local.

Para o tratamento da fístula, agora associado a peritoneostomia extensa com abdome congelado, incialmente foi estabelecido jejum com nutrição parenteral exclusiva (visto impossibilidade de identificar ponto anatômico exato) associado a tentativa de fechamento com inúmeras propostas terapêuticas como: uso de terapia a vácuo; técnica de “Donut” com vácuo extra-fístula; síntese do orifício com sutura de tie-over e trocar sucessivas do curativo da peritoneostomia, sem desfecho favorável.

Durante evolução clínica, observou-se aumento gradativo do orifício fistuloso e superificialidade da mesma devido exposição concomitante de mucosa intestinal, sendo optado em última abordagem cirúrgica por liberar cuidadosamente a alça da capa de fibrose do abdome congelado, expondo parcialmente segmento de alça fistulizado e realizado sutura primária com fio de polipropileno em sutura contínua, seguida de oclusão da área exposta com pericárdio bovino para proteção do segmento de alça suturado.

Nos dias seguintes, observou-se melhora importante do aspecto do curativo da peritoneostomia, sem presença de secreção entérica, espaçando as trocas, caracterizando o sucesso no fechamento primário da fístula entero-atmosférica. Desse modo, foi possível reiniciar dieta oral e retorno do transito intestinal sem intercorrências, culminando na alta hospitalar da paciente para seguimento ambulatorial. Neste cenário, paciente seguiu com reabilitação, avaliações semanais sendo observado queda espontânea do pericárdio bovino e inicio de terapia hiperbárica com repitelização quase completa até o presente momento da elaboração deste trabalho.

4 DISCUSSÃO

O uso de peritoneostomia, embora amplamente empregado no manejo da sepse abdominal grave, está associada a elevada taxa de complicações, destacando-se a formação de fístulas entéricas como uma das mais frequentes e importantes.

A fisiopatologia da formação de fistulas é multifatorial e envolve sobretudo lesão mecânica, inflamação persistente, comprometimento da perfusão intestinal e fatores técnicos relacionados ao tempo e à forma de manejo do abdome aberto, como exemplo, a utilização de terapia por pressão negativa (VAC) prolongada. A exposição prolongada do intestino ao ambiente atmosférico no contexto do abdome aberto resulta em ressecamento da serosa intestinal, lesão tecidual mecânica e formação de aderências entre as alças e o curativo, predispondo à erosão da parede intestinal culminando na formação da fístula 4.

O tratamento de fistula entérica em peritoneostomia, especialmente as fístulas enteroastmosféricas (ou seja, definida quando o lúmen intestinal e o ambiente externo se comunicam via abdome aberto) é complexo e desafiador, e deve ser conduzido considerando fatores anatômicos, infecciosos, nutricionais e cirúrgicos. Múltiplos fatores são relevantes no tratamento como: Controle do sitio da fístula e isolamento da mesma afim de conter o efluente entérico visando proteger pele, prevenir contaminações e evitar perda eletrolítica. Pereira et al. descreveram a técnica do "donut", na qual um curativo oclusivo é moldado em torno da fístula para isolar seu conteúdo do restante da cavidade, permitindo o uso simultâneo de terapia por pressão negativa (VAC) para o restante do abdome 4; Suporte nutricional como ponto crucial no prognóstico do paciente, visando sempre suporte nutricional precoce via enteral distal a fístula ou nutrição parenteral (NPT) quando não for viável a enteral4,5; Controle de infecção, suporte intensivo e estabilização hemodinâmica e hidroeletrolítica. Algumas técnicas como VAC modificado, uso de barreiras protetoras e inovação na abordagem local da fístula têm se mostrado eficazes em casos complexos, mas o prognóstico ainda depende fortemente da experiência da equipe e da estabilidade clínica do paciente, sendo necessário avaliação individualizada.

Diante desse cenário, torna-se evidente que a formação de fístulas entéricas em pacientes com sepse abdominal submetidos à peritoneostomia constitui uma complicação de alta complexidade, com repercussões clínicas e econômicas relevantes. A individualização da conduta, o emprego de técnicas que reduzam o tempo de exposição peritoneal e o

desenvolvimento de abordagens menos lesivas são fundamentais para melhorar os desfechos desses pacientes.

De forma semelhante ao caso descrito, após inúmeras tentativas com uso de algumas técnicas já descritas, houve a possibilidade de fechamento primário devido superficialidade e possibilidade de liberação do segmento intestinal com fístula, corroborando com a avaliação individualizada, buscando menor tempo de exposição intestinal e abordagens menos lesivas.

5 CONCLUSÃO

O caso relatado mostra que, em uma fístula entérica superficial, o fechamento primário pode ser possível mesmo após falha de múltiplas tentativas com outras técnicas, como terapia a vácuo, técnica do donut e sutura do orifício. A paciente teve melhora clínica importante e recebeu alta hospitalar, sem recidiva até o momento da elaboração deste trabalho.

Os autores ressaltam a importância de individualizar o tratamento, buscando reduzir o tempo de exposição peritoneal e adotar abordagens menos lesivas. Destacam também a necessidade de estudos prospectivos para padronizar a conduta no tratamento de fístulas entéricas em pacientes submetidos à peritoneostomia.

REFERÊNCIAS

SILVA, Ariana Ieda Lima Ferreira da et al. Desfechos e fatores associados em pacientes submetidos ao abdome aberto após laparotomia de urgência em um Hospital Universitário no sul do Brasil: um estudo retrospectivo. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro, v. 51, e20243653, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20243653. Acesso em: 16 jul. 2025.

TORRES NETO, Juvenal da Rocha et al. Uso da peritoneostomia na sepse abdominal. Revista Brasileira de Coloproctologia, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 278–283, 2007.

RODRIGUES, Adilson Costa et al. Continuous peritoneal lavage with vacuum peritoneostomy: an experimental study. Clinics, São Paulo, v. 74, e937, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e937. Acesso em: 16 jul. 2025.

PEREIRA, Bruno M. et al. Entero-atmospheric fistula migration: a new management alternative for complex septic open abdomen. Anaesthesiology Intensive Therapy, Warszawa, v. 52, n. 1, p. 56–62, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.5114/ait.2020.92748. Acesso em: 16 jul. 2025.

MINTZIRAS, Ioannis et al. High risk of fistula formation in vacuum-assisted closure therapy in patients with open abdomen due to secondary peritonitis – a retrospective analysis.

Langenbeck's Archives of Surgery, Berlin, v. 401, p. 1–9, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00423-016-1443-y. Acesso em: 16 jul. 2025.

BROOKS, Nicole E. et al. The impact of enteric fistulas on US hospital systems. The American Journal of Surgery, New York, v. 221, n. 1, p. 26–29, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.06.017. Acesso em: 16 jul. 2025.

COCCOLINI, Federico et al. The open abdomen: indications, management and definitive closure. World Journal of Emergency Surgery, London, v. 10, n. 32, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13017-015-0026-5. Acesso em: 16 jul. 2025.