



**Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:**

**Resumo**

**Relato de Caso**

**FÍSTULA ENTEROATMOSFÉRICA: DISPOSITIVO DE PRESSÃO NEGATIVA DE BAIXO CUSTO**

**AUTOR PRINCIPAL:** Marcos Dal Vesco Neto

**CO-AUTORES:** Carolina Argenta Dal Vesco, Fernanda Marcante Carlotto, Juarez Dal Vesco

**ORIENTADOR:** Jorge Roberto Marcante Carlotto

**UNIVERSIDADE:** Universidade de Passo Fundo

## **INTRODUÇÃO**

A presença de fístula entérica com a cavidade peritoneal aberta é denominada fístula enteroatmosférica (FEA), cuja mortalidade varia de 42 a 70%. O tratamento da FEA é desafiador e requer vários manejos. Entre eles, uma das abordagens mais efetivas, o curativo a vácuo (Vacuum Assisted Closure - VAC®), apresenta aplicação e manutenção de custo elevado. Este trabalho relata o caso de uma paciente com a patologia referida em que a alternativa foi terapia à vácuo confeccionada com materiais de baixo custo.

## **DESENVOLVIMENTO:**

Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 61 anos, deu entrada no Pronto-Socorro do Hospital Universitário com quadro de Abdômen Agudo Obstrutivo por Estenose de Sigmóide após quadro de

Colite Pseudomembranosa. Foi submetida a Cirurgia de Hartmann, evoluindo com abscesso intra-abdominal e fístula intestinal com necessidade de múltiplas abordagens cirúrgicas, drenagem da cavidade e peritoniostomia. Evoluiu com fístula enterocutânea pós-peritoniostomia (fístula enteroatmosférica) com 2 orifícios de drenagem complexos e grande solução de continuidade. Optado pela realização de um curativo sob pressão negativa – terapia a vácuo com confecção com materiais de baixo custo e de uso diário. Foram utilizados para o curativo: Bolsa de Colostomia; Placa de Hidrocolóide; Bico de Mamadeira; Filme Incisional Transparente (OPSITE<sup>TM</sup> INCISE); Cateter Vesical de Demora; Gaze; Compressa e Dreno Tubular de Sucção. A placa de hidrocolóide, bico de mamadeira e o cateter vesical de demora tem por objetivo isolar e drenar a fístula. As compressas, gazes, dreno tubular de sucção e filme incisional de transparente recobrem a área do tecido de granulação da peritoniostomia, e, quando conectada em um sistema a vácuo em uma pressão de 50 a 100 mmHg, mantem a pressão negativa na área e exercendo seu efeito benéfico na cicatrização do defeito complexo de parede abdominal.

Discussão: A presença de fístula intestinal em feridas abdominais abertas continua sendo uma patologia grave com elevada morbimortalidade. Modificar o ciclo: inflamação, infecção e sepse, devido ao extravasamento de conteúdo intestinal, sem parede abdominal mostram-se um grande desafio na prática médica. Além disso, a FEA, geralmente está associada à desequilíbrios hidroeletrólíticas e má nutrição. A FEA pode ser classificada de forma: a) anatômica: refere-se ao segmento de intestino de onde provém a fístula; b) etiológica: segundo a patologia de base; e c) fisiológica: baseia-se no volume de drenagem da fístula. Dentre os manejos para esta patologia encontra-se o tratamento com o VAC®, que demonstrou diminuição da mortalidade em torno de 27%, aceleração no fechamento da peritoniostomia e maior sucesso do manejo das FEA. Embora o VAC possua custo-benefício efetivo ainda apresenta elevado custo na prática clínica. Dessa forma, o manejo do paciente relatado utilizou-se de sistema a vácuo confeccionado com materiais similares de menor custo e com mesmo resultado.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

O manejo desse paciente permite inferir que é possível a realização de um sistema de terapia a vácuo elaborado com materiais de baixo custo e com a mesma efetividade.

### **REFERÊNCIAS**

1. Caro A et al. Treatment of the open abdomen with topical negative pressure therapy: a retrospective study of 46 cases. *Int Wound J* 211; Mar 16 – epub ahead of print [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21410648](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21410648), accessed 21.8.2015
2. Hut'an M Jr, Hut'an M Sr. Sandwich Mesh Abdominal Closure. *Bratis Lek Listy* 2010; 111 (8): 461–463.
3. Gyorki DE, Brooks CE, Gett R, et al. Enterocutaneous fistula: a single-centre experience. *ANZ J Surg* 2010;80(3):178–81
4. Singh B, Haffejee AA, Allopi L, et al. Surgery for high-output small bowel enterocutaneous fistula: 30-year experience. *Int Surg* 2009;94(3):262–8.