

P29

### FÍSTULA ENTEROCUTÂNEA EXPONTÂNEA COM DESVIO TOTAL DO TRANSITO SECUNDÁRIO A DOENÇA DE CROHN E ESTENOSE ANO-RETAL – RELATO DE CASO



Bruna Dell'acqua Cassão, Ricardo Tadayoshi Akiba, Sarhan Sydney Saad, Orlando Ambrogine, Stella Maria Botequiu Mella, Gaspar de Jesus Lopes Filho

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** O padrão fistulizante da doença de Crohn ocorre em 13 a 48% dos portadores da doença, com a formação de fístulas entre alças, com a bexiga e com a pele diretamente para o meio externo. A fístula enterocutânea espontânea é uma apresentação mais rara, ocorrendo em cerca de 0,3%, que geralmente necessita de tratamento cirúrgico. O objetivo deste estudo é relatar o caso de uma paciente com fístula enterocutânea de alto débito associada a lesão extensa em parede abdominal com boa evolução após tratamento cirúrgico.

**Descrição do caso:** Mulher de 39 anos portadora de Doença de Crohn padrão fistulizante e perineal há 24 anos, evoluindo para estenose severa do canal anal, desenvolvendo fístula colo-cutânea espontânea na cicatriz cirúrgica de fechamento de colostomia previa. Esta fístula de grandes proporções, derivava todo trânsito intestinal que chegava ao sigmoide visto que o reto encontrava-se totalmente estenosado. Paciente refrataria ao tratamento clínico, desnutrida com anemia grave, foi submetida a colectomia subtotal e ileostomia terminal sem fechamento do orifício de parede abdominal. Paciente com antecedente de trombose de veia porta e hepatopatia de alto fluxo apresentou importante drenagem de ascite pelos múltiplos orifícios e da fístula enterocutânea, após o controle da hipertensão portal e da desnutrição da paciente observamos boa cicatrização da lesão cutânea.

**Discussão:** A fístula enterocutânea apresenta elevada taxa de morbi-mortalidade. Raramente responde ao tratamento clínico exclusivo, necessitando de procedimentos cirúrgicos muitas vezes radicais. Quando não controladas podem evoluir para extensas lesões cutâneas, desnutrição e anemia grave.

**Conclusão:** Pacientes com doença de Crohn com acometimento intestinal e perineal, que evoluam com estenose ano-retal aumentando o regime pressórico no interior de alças com inflamação ativa estão sujeitos a formação de fístulas entero-entérica, enterocutâneas e enterocutâneas refratárias ao tratamento clínico. Para estes pacientes, o tratamento cirúrgico deve ser indicado prontamente visando corrigir a fístula e permitir a continuidade do trânsito intestinal seja por derivação ou tratamento do segmento estenosado. A opção de acompanhar o fechamento por segunda intenção de fístulas enterocutâneas com extenso acometimento da parede abdominal, mostrou-se nesse caso uma opção segura e eficaz.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.173>

P30

### FÍSTULA ÍLEOCUTÂNEA EM PACIENTES COM DOENÇA DE CRHON QUE NECESSITAM DE RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL



Paulo Jose Marques de Sousa Junior, Adriano Dias Trajano, Louise Nathalie Queiroga Fontes Marques, Kassio Romulo Veras Leite, Junio Ancelmo Lopes Nogueira

Residência Médica em Cirurgia Geral, Sistema Único de Saúde da Paraíba (SUS-PB). João Pessoa, PB, Brasil

**Introdução:** De uma maneira geral, as fístulas digestivas são vias de comunicação anômalas entre o tubo digestivo e outra estrutura, a qual pode ser a cavidade abdominal, uma víscera oca ou a pele. São, comumente, complicações de intervenção cirúrgica, apresentam gravidade elevada, ocasionando prolongamento de internações, alterações orgânicas e emocionais ao paciente. Este trabalho relata um caso de fístula externa íleo-cutânea.

**Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 58 anos, submetida a Laparotomia Exploratória por Abdome Agudo Obstrutivo devido a Doença de Crohn (DC), onde foi realizado enterectomia ileal de aproximadamente 40 cm e ileostomia em dupla boca. Numa segunda abordagem objetivava a reconstrução do trânsito intestinal, todavia, não obtido sucesso devido edemas de alças, intenso processo fibrótico e formação de carapaça, compatível com resposta de processo inflamatório sugestivo de DC. Na porção distal do delgado foi realizado enterocutâneo-anastomose latero-lateral e proximal optou-se por ostomia com dreno. Posteriormente foi observado que o conteúdo fecal estava sendo exteriorizado pelo dreno. Rapidamente evoluiu com deiscência de ferida operatória e formação de fístula íleo-cutânea na ostomia que foi introduzido o dreno.

**Discussão:** As fístulas de intestino delgado podem apresentar mortalidade global de 15 a 25% e as taxas de fechamento espontâneo podem chegar a 40% a 70%. As complicações estão relacionadas com a sepse, alterações hidroeletrólíticas e à desnutrição. A maioria dos estudos mostra que até mesmo as fístulas de alto débito podem fechar espontaneamente com o tratamento conservador. O controle da sepse é passo fundamental e decisivo no tratamento de pacientes com fístulas enterocutâneas pós-operatórias. A principal causa de mortalidade nesses pacientes tem sido a infecção abdominal associada à disfunção orgânica múltipla. Estes pacientes apresentam sepse por infecção na parede abdominal, abscesso intracavitário e infecção sistêmica. A identificação e drenagem do foco infeccioso, associado ao uso de antimicrobianos aumentam a probabilidade de fechamento espontâneo da fístula e reduz os índices de mortalidade.

**Conclusão:** O presente caso merece destaque em função da sua complexidade e do difícil manejo clínico e cirúrgico, além do desfecho favorável, com melhora significativa do quadro clínico da paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.174>