



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Departamento de Clínica Médica

REUNIÃO CLÍNICA

ANO 2016

Número 14

Dia: 03.06.2016 **Local:** Anfiteatro do CEAPS

Horário: 7H30 **Modalidade:** Discussão de Caso Clínico

Relatores: Profa. Dra. Selma Freire Cunha; Thays Firmino, Luisa Rosa

Identificação: AMP, Reg 1309775D, masculino, natural de Casa Branca – SP, residente em Ribeirão Preto – SP, solteiro, branco, caminhoneiro; escolaridade: segundo grau incompleto.

Paciente transferido de outro hospital para terapia nutricional em 04/05/2015

HMA: Em maio de 2014, apresentou dor em FID, sem vômitos ou febre. Procurou atendimento médico em hospital da cidade de Casa Branca, sendo realizada laparotomia exploradora por suspeita de apendicite aguda. O apêndice apresentava-se normal, porém os cirurgiões optaram pela sua ressecção (SIC). Após 48 horas, evoluiu com eliminação de secreção fecalóide pela ferida operatória. Na reabordagem cirúrgica foi diagnosticada fístula entérica e feita ostomia.

Em março de 2015, foi realizada reconstrução do trânsito intestinal, ocasião em que havia recuperado o peso corporal habitual (86 kg). No 9º dia de pós-operatório apresentou dor abdominal difusa, hipotensão, instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória, sendo admitido na UTI da cidade de Casa Branca. Na ocasião, foi transferido para hospital da cidade de Ribeirão Preto, onde foi submetido à nova laparotomia, que evidenciou isquemia da artéria mesentérica superior. Foi realizada ressecção extensa do intestino delgado, que resultou em cerca de 10 cm de alça jejunal remanescente. Permaneceu com bolsa de Bogotá por cerca de 48 horas, quando foi feita jejunostomia. Foi iniciada nutrição parenteral e solicitada transferência para o serviço de Nutrologia do HCFMRP para suporte clínico e nutricional por via parenteral.

Antecedentes pessoais: rinite alérgica, etilismo social.

Antecedentes familiares: Pai faleceu aos 55 anos por neoplasia pancreática. Mãe tem HAS. Avó paterna com DM tipo 2. Tem 1 irmão sem comorbidades. Não tem filhos.

Exame físico: Peso: 67,5kg; Altura: 1,76m; IMC: 21,79 kg/m². Regular estado geral, consciente, orientado, mucosas hipocoradas ++/4+, hidratado, acianótico, icterício ++/4+, mobilidade normal, eupnéico, afebril. Acesso venoso central em veia jugular direita. Sem lesões cutâneas, linfonodos não palpáveis. Expansibilidade pulmonar normal, som claro pulmonar à percussão, murmúrio vesicular presente e simétrico, sem ruídos adventícios. FR=28 irpm. Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas, sem sopros. FC=100 bpm. PA: 110/77 mmHg. Abdômen plano, flácido, indolor, múltiplas cicatrizes cirúrgicas, RHA reduzidos, fígado e baço não palpáveis, sem massas palpáveis, bolsa de jejunostomia. Pulsos periféricos palpáveis, boa perfusão venosa periférica, sem edema.

Evolução:

Foi feita progressão lenta da oferta energética e protéica na nutrição parenteral, além de introdução gradual de alimentos pela via oral, de acordo com a tolerância. Foi necessária troca de cateter central e atualmente o paciente recebe a nutrição parenteral em cateter totalmente implantado.

No 21º dia de internação, foi submetido à anastomose jejuno-transverso término-lateral e anastomose ceco-sigmóide látero-lateral.

Atualmente, fica internado durante 14 dias e 7 dias no domicílio. Durante a internação, recebe nutrição parenteral (1800 kcal). No período de 1 ano, houve redução progressiva do peso corporal (~12 kg).

Exames complementares

Os exames admissionais evidenciaram anemia (Hb: 10 g/dL) sem ferropenia, ausência de leucocitose, glicemia e eletrólitos normais, função renal normal; níveis séricos aumentados de amilase (293 U/L), lipase (581,4 U/L), fosfatase alalina (491 U/L) e TGP/ALT (70,7 U/L), elevação na concentração de bilirrubina total (3,75 mg/dL), com predomínio da bilirrubina direta (2,25 mg/dL). Discreta hipoalbuminemia (3,4 g/dL) e redução importante na concentração de vitamina A (0,18 mg/dL) e de vitamina E (2,8 mg/dL), além de valores elevados na concentração de vitamina B₁₂ (>1000 pg/L).

Trânsito intestinal mostrou intestino delgado remanescente de 10 cm após ângulo de Treitz, com saída de contraste pela jejunostomia terminal após 5 minutos. Eneema opaco: progressão retrógrada de contraste, sem obstáculos até o ceco.

Biópsia hepática: Esteatohepatite estadiamento 2, com focos de colestase no parênquima hepático. Hemossiderose grau I (material coletado no intra-operatório, no 21º dia de internação).

TC de abdome: sem sinais de obstrução de ductos pancreáticos ou vias biliares, esteatose hepática intensa, ausência de sinais de inflamação pancreática.

Paciente mantém oscilação dos valores das enzimas hepáticas e canaliculares, além de aumento ocasional nos valores de bilirrubinas (com predomínio de indireta), independentes do uso da nutrição parenteral.

Exames laboratoriais atuais:

Hemoglobina	11,8 g/dL	K	3,3 mmol/L	Ac. úrico	2,7 mg/dL
VCM	97 fL	Na	143,3 mmol/L	Albumina	3,6 g/dL
Leucócitos	4,5*10 ⁶ /µL	Ca	8,8 mg/dL	UIBC	116 µg/dL
Uréia	15 mg/dL	Mg	1,18 mEq/l	Vit A	0,23 mg/dL
Creatinina	1,02 mg/dL	Fe	145 µg/dL	Vit E	3,22 mg/dL