



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Departamento de Clínica Médica

REUNIÃO CLÍNICA

ANO: 2018

Número: 17

Data: 20.07.2018

Local: Anfiteatro do CEAPS

Horário: 7h30

Modalidade: Discussão de Caso Clínico

Relatores: Profa. Dra. Angela Delete Bellucci,
Dra. Liane Gonçalves Borges e Dra. Aritana Alves Pereira

JSJ, Reg 1478801C, masculino, 26 anos, mulato, confeiteiro, natural de Ituiuba (BA), procedente de Cotia (SP), amasiado.

Internação no HCFMRP em 02/04/2018: Paciente transferido de hospital de Cotia para tratamento nutrológico por Síndrome do Intestino Curto há 2 meses

HMA (informações obtidas do paciente e do relatório médico)

Há 3 anos (2015) o paciente sofreu ferimento por arma de fogo, sendo submetido à laparotomia exploradora com esplenectomia. Em março de 2017, apresentou dor abdominal, vômitos e parada da eliminação de flatos e fezes. Procurou atendimento médico, sendo diagnosticada suboclusão intestinal secundária a bridas abdominais. Houve melhora do quadro com tratamento conservador. Em fevereiro de 2018, apresentou novamente o quadro de oclusão intestinal, sem melhora clínica com tratamento conservador. Foi realizada laparotomia exploradora (13/02/2018), com lise de aderências intestinais localizadas cerca de 120cm da válvula ileocecal. No mesmo dia da alta hospitalar, ele apresentou dor e distensão abdominal intensa, vômitos e parada da eliminação de flatos e fezes. Seguiu-se nova laparotomia com realização de enterectomia desde 50 cm do ângulo de Treitz até 30 cm da válvula ileocecal, devido às bridas abdominais extensas (20/02/2018). Foi realizada enterostomia em dupla boca.

Após 7 dias da última cirurgia, foi feita nova abordagem cirúrgica para reconstrução do trânsito intestinal (27/02/2018). Entretanto, no 4º pós-operatório, o paciente apresentou dor abdominal associada à febre. A laparotomia exploradora mostrou deiscência da anastomose jejuno-ileal, sendo feita lavagem da cavidade abdominal e realizada nova ressecção intestinal, com jejunostomia em dupla boca (02/03/2018). Segundo o relato médico, a extensão do intestino delgado remanescente foi de 35 cm de jejuno a partir do ângulo de Treitz e 20 cm de íleo proximal à válvula ileocecal. O paciente fez uso de meropenem e vancomicina por 15 dias, suspenso 3 dias antes da internação no HCFMRP. Foi mantido em Nutrição Parenteral por 41 dias no hospital de origem, com troca de acesso venoso central por infecção de cateter. Recebendo nutrição enteral há 34 dias e dieta líquida por via oral (< 300kcal/d)

Antecedentes familiares

Mãe hipertensa. Pais e irmãos sem comorbidades. Tem um filho saudável. Nega antecedentes familiares de neoplasias, IAM ou AVE.

Antecedentes pessoais e hábitos de vida

Nega comorbidades. Na ocasião do ferimento por arma de fogo trabalhava como caseiro em propriedade rural. Ex-tabagista (parou há 3 anos - 6 anos-maço). Nega etilismo.

Interrogatório complementar

Peso habitual: 80 kg, IMC: 24,1 kg/m². Perda de 17,6 kg (22% em relação ao peso habitual) em 2 meses.

Exame físico (à admissão)

Peso: 62,4 kg; estatura: 1,82 m; IMC: 18,8kg/m².

Bom estado geral, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril. Bulhas rítmicas e normofonéticas em 2T, FC: 80bpm. Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios, eupneico em ar ambiente, saturação de oxigênio 99%. Abdome plano, presença de jejunostomia em flanco direito, ruídos hidroaéreos presentes, sem dor a palpação, ausência de massas palpáveis ou visceromegalias. Membros inferiores com pulsos pediosos presentes, panturrilhas livres, sem edema.

Exames complementares

	Admissão (2/4/2018)	Alta (29/6/2018)
Hb (g/dL)	10,6	10,4
VCM (fl)	80	79
Leucócitos (10 ³ /mm ³)	13,4	4,8
TGO (U/L)	39,5	37,9
TGP (U/L)	123	85
Fosfatase alcalina (U/L)	794	210
γGT (U/L)	351	93
Ureia (mg/dL)	24	36
Creatinina (mg/dL)	0,76	0,53
Fósforo (mg/dL)	4,5	3,8
Zinco (μg%)	164	156
Cobre (μg%)	159	87
Vitamina B ₁₂ (pg/mL)	851	617
Vitamina A (mg/dL)	0,74	0,66
Vitamina E (mg/dL)	4,91	6,37
Cálcio (mg/dL)	9,8	9,2
Magnésio (mg/dL)	1,8	2,1
Sódio (mEq/l)	140	137
Potássio (mEq/l)	4,6	4,7
Proteínas totais (g/dL)	7,3	6,4
Albumina (g/dL)	4,3	4,0
Colesterol total (mg/dL)	122	133
Triglicérides (mg/dL)	77,1	87,2
Proteína C Reativa (mg/dL)	19,5	7,8

- Radiografia contrastada - Enema Opaco: será mostrado
- Radiografia contrastada - Trânsito Intestinal: será mostrado
- Colonoscopia: Pólipo do cólon transverso; colite de desuso.
- Tomografia Computadorizada de Abdome e Pelve com Contraste (14/06/2018): PO de reconstrução de trânsito intestinal, evidenciando grande coleção intra-abdominal, com sinais sugestivos de infecção. Áreas de menor coeficiente de atenuação hepático, sugestivas de áreas de esteatose. Provável cisto/hamartoma hepático.
- Ultra-sonografia de abdome com Doppler (14/06/2018): Grande quantidade de conteúdo anecóico parcialmente compressível com septações de permeio por toda a extensão do abdome, entre a parede e a cavidade abdominal, em contato com as alças intestinais, sendo a medida da maior coleção 18,2 x 15,4 x 1,9 cm, com volume aproximando de 276 cm³.

Evolução:

À admissão, optou-se pela associação de Nutrição Parenteral e dieta via oral. Na primeira semana de internação no HCFMRP, houve infecção de acesso venoso central em jugular esquerda, sendo necessária sua retirada. Feita a inserção de cateter centrar de longa

permanência, do tipo port. Ao longo da internação, a nutrição parenteral atingiu 1800kcal e 80 g de proteína e via oral 2500kcal e 104g de proteína. Foi realizada reconstrução do trânsito intestinal pela equipe de Proctologia (12/06/2018), com necessidade de reabordagem no segundo dia de pós-operatório devido presença de coleção intra-abdominal (14/06/2018). Paciente iniciou antibioticoterapia com ceftriaxone, metronidazol e após tazocin. Nesse período de quadro infeccioso, houve discreta perda ponderal (cerca de 2 kg), mas sem alterações laboratoriais e com boa evolução clínica. Durante a internação apresentou acréscimo de 7,7 kg (IMC: 21,2 kg/m²) às custas de aumento de massa magra. Teve alta hospitalar após ao término do antibiótico, com aceitação integral de dieta via oral oferecida e 1 evacuação a cada 2 dias, com fezes bem formadas.