

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL NO MANEJO DA FÍSTULA ENTEROATMOSFÉRICA: UM RELATO DE CASO

JULIA TAFFAREL BESSEGA, FERNANDA DALLE LASTE
HOSPITAL TACCHINI, BENTO GONÇALVES, RS

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente M.M., sexo masculino, 44 anos, internado no dia **29/03/2025** por retenção urinária, distúrbio hidroeletrólítico e insuficiência renal aguda associada a fístula enteroatmosférica (FEA). O paciente apresentava história de internação recente em outra instituição da região, do período de 20/12/2024 a 27/03/2025, por hemorragia digestiva alta. Durante essa internação, foi submetido a diversas cirurgias, apresentando complicações e sendo definido falha terapêutica, devido à fístula enteroatmosférica inabordável. Diante desse cenário, foram instituídos cuidados paliativos e o paciente recebeu alta hospitalar com dieta via oral, apresentando saída de conteúdo entérico e alimento parcialmente digerido pela fístula.



DISCUSSÃO

As FEAs são comunicações anormais entre o trato gastrointestinal e o meio externo, representando um grande desafio clínico, pois o fechamento espontâneo é raro, devido à falta de trajeto anatômico definido e à escassez de tecido viável ao redor.

Neste caso, a abordagem inicial teve como foco a estabilização do quadro clínico, com ênfase na correção de distúrbios hidroeletrólíticos, manejo da insuficiência renal aguda e suporte nutricional adequado, a fim de viabilizar a abordagem cirúrgica definitiva.

Num primeiro momento, o paciente recebeu Nutrição Parenteral Exclusiva. No dia **29/04/2025**, foi realizada a passagem da sonda Foley na boca distal da fístula, técnica conhecida como fistuloclise, com início da terapia nutricional enteral. A dieta enteral foi introduzida gradualmente até alcançar as necessidades nutricionais estimadas, permitindo a transição segura da nutrição parenteral até a sua suspensão completa em **07/05/2025**, reduzindo os riscos associados à NPT. Além disso, a nutrição enteral é mais fisiológica, auxiliando na manutenção da integridade estrutural e funcional da mucosa do trato gastrointestinal.

Em **23/05/2025**, iniciou-se a reinfusão do quimo, técnica realizada conforme protocolo institucional. Estudos demonstram que o quimo, rico em enzimas digestivas, bile e eletrólitos, previne a atrofia das vilosidades intestinais e preserva a microbiota colônica, essencial para a integridade imunológica e da barreira mucosa. Dessa forma, favorece a restauração da absorção intestinal e a normalização da circulação êntero-hepática, contribuindo diretamente para a recuperação do paciente desnutrido.

Em **29/05/2025**, foi liberado dieta via oral líquida para conforto e iniciou-se o uso de suplemento via oral em pó, contendo peptídeos bioativos do colágeno, L-arginina, vitaminas A, C, E, zinco e selênio, utilizando 2 unidades ao dia.

Essa evolução pode ser observada na tabela de variáveis clínicas, na qual o paciente apresentou um ganho de peso considerável, melhora dos parâmetros bioquímicos, incluindo albumina sérica, e redução progressiva do débito da fístula.

Após melhora clínica e nutricional, o paciente foi submetido à reconstrução do trânsito intestinal. Procedimento realizado no dia **25/07/2025**, recebendo alta hospitalar no dia **02/08/2025**.

Apresentação das variáveis clínicas					
Variável clínica	29/03	24/04	29/05	19/06	23/07
Peso (kg)	44 (est)	56	58,6	59,5	61,6
Débito (ml/24h)	> 1000	>200	>500	>500	<500
Creatinina (mg/dL)	7,88	1,18	1,27	1,35	1,31
Uréia (mg/dL)	180	86	46	70	63
Sódio (mEq/L)	118	134	134	134	137
Potássio (mEq/L)	5,2	3,7	4,1	3,7	4,1
Albumina (g/dL)	-	3,4	3,8	3,9	3,7



CONCLUSÃO

Este caso demonstra que a nutrição foi determinante para a recuperação clínica e a viabilização da cirurgia reconstrutiva em um paciente previamente considerado sem possibilidade terapêutica. A melhora do quadro clínico e da desnutrição evidenciam que o suporte nutricional não é apenas adjuvante, mas protagonista no tratamento da FEA. O caso reforça a necessidade de protocolos multidisciplinares individualizados e da incorporação de técnicas como a fistuloclise e a reinfusão do quimo na prática clínica, ampliando as possibilidades terapêuticas mesmo nos cenários de maior complexidade.

REFERÊNCIAS

- Alves GP, Castro LC, Moraes JT, Cortez DN. Clinical practice in the management of enteroatmospheric fistula and fistuloclysis: a case report. Rev Esc Enferm USP. 2024;58:e20240369. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0369en>
- Ribeiro Junior MAF, Yeh DD, Augusto SS, Elias YGB, Néder PR, Costa CTK, Maurício AD, Di Saverio S. O papel da fistuloclise no tratamento de pacientes com fístulas enteroatmosféricas. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2021;34(2):e1605. DOI: /10.1590/0102-672020210001e1605
- Tang, Q., Hong, Z., Ren, H., Wu, L., Wang, G., Gu, G., Li, J. (2020). Nutritional Management of Patients With Enterocutaneous Fistulas: Practice and Progression. Frontiers in Nutrition, 7. doi:10.3389/fnut.2020.564379
- Di Saverio, Salomone et al. Open abdomen with concomitant enteroatmospheric fistula: Attempt to rationalize the approach to a surgical nightmare and proposal of a clinical algorithm. Article in Press. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2023.12.003>.
- N. Kumar, S. Karn, A.G. Goswami et al., Distal infusion stomal enteroclysis: An effective technique to manage postoperative enterostomal output, Journal of Visceral Surgery, <https://doi.org/10.1016/j.jvscsurg.2024.11.002>
- Kumpf, V. J., de Aguiar-Nascimento, J. E., Diaz-Pizarro Graf, J. I., Hall, A. M., McKeever, L., ... Steiger, E. (2016). ASPEN-FELANPE Clinical Guidelines. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 41(1), 104–112. doi:10.1177/0148607116680792
- Ortiz, L. A., Zhang, B., McCarthy, M. W., Kaafarani, H. M. A., Fagenholz, P., King, D. R., ... Yeh, D. D. (2017). Treatment of Enterocutaneous Fistulas, Then and Now. Nutrition in Clinical Practice, 32(4), 508–515. doi:10.1177/0884533617701402
- Picot, D., Layec, S., Dussaux, L., Trivin, F., & Thibault, R. (2017). Chyme reinfusion in patients with intestinal failure due to temporary double enterostomy: A 15-year prospective cohort in a referral centre. Clinical Nutrition, 36(2), 593–600. doi:10.1016/j.clnu.2016.04.020