



www.hbpe.org

TRATAMENTO MINIMAMENTE INVASIVO DO SÍNDROME DE COMPARTIMENTO ABDOMINAL NA PANCREATITE AGUDA

Mariana Sacchetti, Renato Bessa de Melo, André Pinho, J. Costa Maia

UNIDADE HEPATO-BILIO-PANCREÁTICA E ESPLÊNICA • SERVIÇO CIRURGIA GERAL • HOSPITAL S. JOÃO

INTRODUÇÃO

O síndrome de compartimento abdominal (SCA) é uma complicação da pancreatite aguda severa (PAS) a que tem sido atribuídos um reconhecimento e importância crescentes. Contribui para a deterioração de várias funções vitais nomeadamente renal e respiratória, representando uma das causas mais importantes de morbilidade e mortalidade precoces associadas à PA. O tratamento clássico do SCA passa muitas vezes pela necessidade de realização de uma laparostomia. Esta pode ter consequências devastadoras para os doentes, com morbilidade a longo prazo importante. São apresentados dois casos clínicos de pacientes que, no contexto de PAS, desenvolveram SCA que não foi possível evitar com terapêutica médica, tendo sido submetidos a fasciotomia abdominal anterior subcutânea.

TÉCNICA CIRURGICA

Foram realizadas 3 incisões cutâneas transversais na parede abdominal anterior com cerca de 3 cm de comprimento, 2 supra-umbilicais (10 e 25 cm cefálicas à cicatriz umbilical) e a terceira infra-umbilical (10 cm caudal à cicatriz umbilical). Procedeu-se à tunelização supra-aponevrótica do tecido celular subcutâneo entre o apêndice xifoideu e a sínfise púbica. O plano aponevrótico foi identificado e aberto na linha média, mantendo-se o peritônio íntegro. Foram colocados 2 drenos aspirativos no espaço pré-peritoneal através de 2 incisões separadas. A pele foi encerrada com pontos separados com fio sintético 2/0 não absorvível de poliamida. Os tempos operatórios foram de 30 minutos no caso 1 e 40 minutos no caso 2.

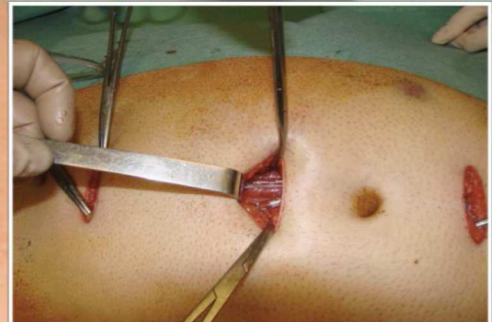


Fig.1 – Imagem intra-operatória de fasciotomia abdominal anterior subcutânea.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Doente do sexo masculino com 34 anos de idade, sem antecedentes pessoais de relevo, à exceção de etilismo crónico.

Internado em Unidade de Cuidados Intensivos com o diagnóstico de sepsis/SIRS por PAS com disfunção multiorgânica - disfunção hemodinâmica com necessidade de suporte aminérgico e fluidoterapia agressiva, disfunção renal com necessidade de terapêutica dialítica contínua e disfunção respiratória com necessidade de ventilação invasiva.

A pressão intra-abdominal (PIA) variou inicialmente entre 9 e 17 mmHg mas, apesar da terapêutica médica instituída, teve aumento progressivo para valores compreendidos 20 e 27 mmHg, acompanhado de deterioração do estado geral do doente. No D22 de internamento foi submetido a fasciotomia abdominal anterior subcutânea.

No pós-operatório (PO) imediato verificou-se descida da PIA para valores entre 10 e 14 mmHg, verificando-se progressivamente diminuição da necessidade de sedação, melhoria dos parâmetros ventilatórios com passagem para ventilação espontânea, suspensão da terapêutica aminérgica e melhoria da função renal com substituição da terapêutica dialítica contínua por intermitente.



Fig.2 – Medição da PIA.

Caso 2

Doente do sexo feminino com 20 anos de idade, com história de hipertriglicéridemia e hipocoagulada de forma irregular nos 5 meses anteriores ao internamento por trombose da veia mesentérica superior no contexto de pancreatite aguda. Internada no Serviço de Cirurgia por pancreatite aguda, é transferida para Unidade de Cuidados Intensivos no D1 de internamento por choque hipovolémico com disfunção hemodinâmica necessitando de suporte aminérgico e disfunção renal sem necessidade de terapêutica dialítica. No D2 de internamento verificou-se aumento sustentado da PIA para valores superiores a 20 mmHg (máximo de 26 mmHg) acompanhado de deterioração do estado geral, disfunção respiratória com necessidade de ventilação invasiva e escalada do suporte aminérgico. Nesse mesmo dia foi submetida a fasciotomia abdominal anterior subcutânea.

No PO verificou-se descida progressiva da PIA até ao valor mínimo de 8 mmHg. Em D4 a função renal normalizou, em D5 é suspenso o suporte aminérgico e em D6 a doente é extubada.



Fig.3 – Imagem de TC que demonstra a diástase da fascia abdominal anterior.

CONCLUSÃO

A fasciotomia abdominal anterior subcutânea é uma abordagem minimamente invasiva e tecnicamente simples, que se impõe como opção terapêutica nos pacientes com PAS que desenvolvem SCA e não necessitam de exploração abdominal por outras complicações, nomeadamente abscessos ou necrose infectada.

BIBLIOGRAFIA

- Treatment of abdominal compartment syndrome with subcutaneous anterior abdominal fasciotomy in severe acute pancreatitis; Leppäniemi A. et al; World J Surg (2006); 30: 1922-1924
- Abdominal compartment syndrome in severe acute pancreatitis - when to decompress?; Waele J.; Eur J Trauma Emerg Surg (2008); 34:11-6
- www.wsacs.org