

**U. PORTO**



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relatório de Estágio  
Mestrado Integrado em Medicina

**Estágio no Serviço de Cirurgia Geral do  
Hospital Dr. Nélio Mendonça**

João Diogo da Costa Batista Pereira

Orientador: Dr. Carlos Magalhães

Co-Orientador: Dr. Miguel Silva

Porto, 2010



***A ciência será sempre uma busca e jamais uma descoberta. É uma viagem,  
nunca uma chegada. (Karl Popper)***

## Resumo

No âmbito da unidade curricular “Dissertação/Projecto/Relatório de Estágio” do Mestrado Integrado em Medicina, optei pela realização de um estágio. Este decorreu no Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Funchal, na área de Cirurgia Geral, de 11 a 29 de Agosto de 2009. O motivo de antecipação deste para o fim do ano lectivo 2008-2009 foi essencialmente devido à difícil concretização do mesmo durante o 6º ano profissionalizante. Assim, mediante a autorização do Director Pedagógico e Científico do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António, Professor Doutor Martins da Silva, e do Director do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Dr. Nélio Mendonça, Dr. António Quintal, foi então possível a realização deste estágio.

Durante um período total de 100 horas, passei por todas as valências do serviço de Cirurgia Geral. Sendo um estágio de carácter profissionalizante, fui integrado nas rotinas do serviço na enfermaria, participei nas actividades hospitalares, incluindo reuniões multidisciplinares de decisão terapêutica, visitas de serviço diárias, banco de urgência semanal, acompanhei o meu tutor na consulta externa e na pequena cirurgia, além de assistir a várias cirurgias e participar como primeiro ou segundo ajudante noutras.

Este estágio constituiu também uma excelente oportunidade de aprendizagem e aquisição de conhecimentos sobre uma variedade de patologias, com especial incidência na área da cirurgia colo-rectal, à qual o meu co-orientador se dedica.

Foi uma experiência valiosa, pois tive a oportunidade de fazer um estágio verdadeiramente profissionalizante, ao mesmo tempo que acompanhei um cirurgião geral na sua rotina hospitalar, ficando com uma perspectiva diferente da que tinha até então, e com uma vontade ainda maior de um dia vir a seguir esta especialidade.

## **Agradecimentos**

Ao Doutor António Quintal e ao Professor Doutor Martins da Silva, por terem tornado este estágio possível.

Ao Dr. Miguel Silva e ao Dr. Carlos Magalhães, pelo apoio e orientação. E por serem dois dos profissionais com quem tive o prazer de trabalhar, em quem tomo o exemplo de dedicação, competência e profissionalismo que um médico deve ter.

Ao Dr. Nicodemos Fernandes, Dr. Ivan Subotin, Dr. Faria Paulino, Dr. Duarte Franco e Dr. Artur Real, equipa de Urgência com quem trabalhei, sempre disponíveis e prontos a ensinar.

À minha família, pelo apoio incondicional.

À Carina, pelo *despertar*.

## Lista de abreviaturas

|                  |                                                   |
|------------------|---------------------------------------------------|
| AINE             | Anti-inflamatório não esteróide                   |
| ALT              | Alanina transaminase                              |
| APACHE II        | Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II |
| AST              | Aspartato aminotransferase                        |
| bpm              | Batimentos por minuto                             |
| cc               | Centímetros cúbicos                               |
| cm               | Centímetros                                       |
| CPRE             | Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica    |
| dL               | Decilitro                                         |
| EV               | Endovenosa                                        |
| GGT              | Gama Glutamil Transpeptidase                      |
| g                | Grama                                             |
| HP               | Helicobacter Pylori                               |
| IM               | Intramuscular                                     |
| L                | Litro                                             |
| LDH              | Lactato Desidrogenase                             |
| mEq              | Miliequivalente                                   |
| mg               | Miligrama                                         |
| mm               | Milímetro                                         |
| mmHg             | Milímetro de mercúrio                             |
| PaO <sub>2</sub> | Pressão Parcial de Oxigénio                       |
| PDS              | Polidioxona                                       |
| PO               | Per Os                                            |
| SC               | Subcutâneo                                        |
| SU               | Serviço de Urgência                               |
| TAC              | Tomografia Axial Computorizada                    |
| UI               | Unidades Internacionais                           |
| UMA              | Unidades Maço/Ano                                 |
| °C               | Grau Celsius                                      |
| µL               | Microlitro                                        |

## Índice

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| Introdução.....                                         | 1  |
| Enquadramento.....                                      | 1  |
| Objectivo.....                                          | 3  |
| Metodologia.....                                        | 3  |
| Discussão.....                                          | 4  |
| Enfermaria.....                                         | 4  |
| Consulta Externa.....                                   | 4  |
| Ecografias Endoanais/Endorectais.....                   | 5  |
| Pequena Cirurgia.....                                   | 6  |
| Serviço de Urgência.....                                | 6  |
| Bloco Operatório.....                                   | 7  |
| Casos Clínicos.....                                     | 7  |
| Caso 1.....                                             | 8  |
| Revisão Teórica – Perfuração de Úlcera Duodenal.....    | 9  |
| Caso 2.....                                             | 11 |
| Revisão Teórica – Pancreatite Aguda.....                | 15 |
| Caso 3.....                                             | 20 |
| Revisão Teórica – Fístula Perianal.....                 | 21 |
| Conclusão.....                                          | 25 |
| Bibliografia.....                                       | 26 |
| Anexos                                                  |    |
| Anexo I: Calendário sumário de actividades.....         | 27 |
| Anexo II: Declaração – Hospital Dr. Nélío Mendonça..... | 28 |

## Introdução

No âmbito da realização do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto, procurei realizar um estágio extra-curricular na área de Cirurgia Geral, no Hospital Dr. Nélcio Mendonça, no Funchal – Madeira. Este só foi possível com a autorização do Director Pedagógico e Científico do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António, Professor Doutor Martins da Silva, e do Director do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Dr. Nélcio Mendonça, Doutor António Quintal.

Porquê cirurgia geral? Porque sendo uma especialidade pela qual nutro, desde a primeira cirurgia que assisti, um gosto especial, quis aproveitar esta oportunidade para contactar de perto com o quotidiano de um cirurgião geral, uma vez que não é bem esse o modelo de ensino que impera no Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António. No Funchal, por duas razões. Em primeiro lugar por ser a cidade onde nasci, em segundo, porque devido à calendarização do ano lectivo 2009/2010 este estágio só foi possível nas férias de verão do ano transacto, e assim permitiu-me voltar a um ambiente familiar que ao longo destes anos de curso sempre esteve muito distante.

O presente texto constitui o relato desta experiência, com a apresentação e discussão de alguns casos clínicos que acompanhei de perto, assim como outras actividades efectuadas no decorrer de aproximadamente 100 horas de estágio.

### Enquadramento:

A história da criação do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira remonta ao Século XX com o início da actividade hospitalar no Funchal. Primeiro com a construção do Hospital dos Marmeleiros na década de quarenta, e depois com o Hospital Cruz de Carvalho, na década de setenta.

O Hospital Cruz de Carvalho iniciou a sua actividade a 9 de Setembro de 1973, uma inauguração que contou com a presença do então Presidente da República, Almirante Américo de Deus Rodrigues Thomaz.

A inauguração do novo hospital correspondia, assim, à concretização de uma das aspirações do povo madeirense. Implantado num terreno com área aproximada de 30 mil

metros quadrados, em zona citadina e de fácil acesso, a concretização desta obra foi um dos maiores acontecimentos regionais e nacionais naquele ano. A capacidade total, na altura, era de 526 camas, e destinava-se a servir a população da Região, cerca de 250 mil habitantes.



Figura 1 – Fachada sul do Hospital Dr. Nélcio Mendonça

O principal hospital do Funchal, por deliberação do Conselho de Governo, passou a designar-se Hospital Dr. Nélcio Mendonça, em homenagem ao fundador e inspirador do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, no dia 9 de Setembro de 2009.

O Serviço de Cirurgia Geral, cujas actividades consistem em Consulta Externa, Pequena Cirurgia, Internamento, Bloco Operatório e Urgência, está localizado no 1º piso nascente e 2º piso do edifício principal do Hospital, e é constituído por 105 camas, 6 delas em isolamento.



## Objectivo

Este estágio teve como objectivo acompanhar um cirurgião geral nas suas actividades diárias, numa vertente um pouco diferente daquela experienciada no decurso da actividade curricular, sendo integrado activamente nas rotinas do serviço, tais como enfermaria/internamento, serviço de urgência, pequena cirurgia e bloco operatório. Ao mesmo tempo, uma oportunidade para aprofundar conhecimentos e experiência clínica, no âmbito da Cirurgia Geral. A um nível pessoal, era também um primeiro *teste* à minha aptidão para um dia vir a seguir esta especialidade.

## Metodologia

O estágio decorreu entre 11 e 29 de Agosto de 2009 no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Dr. Nélio Mendonça no Funchal, Madeira, num total de aproximadamente 100 horas. A descrição completa do programa cumprido por mim encontra-se em anexo (Anexo I – Calendário sumário de actividades).

A metodologia consistiu em acompanhar as actividades diárias do meu Co-Orientador, Dr. Miguel Silva, Assistente Hospitalar – Sector de Cirurgia Colo-Rectal, tendo sido integrado nas rotinas da sua unidade. No anexo II segue uma declaração passada pela secretaria do Serviço de Cirurgia Geral, e devidamente autenticada com a assinatura do meu Co-Orientador, como comprovativo da minha passagem pelo serviço.

## **Discussão**

Durante o período de estágio e com o apoio do meu orientador e restante equipa tive a possibilidade de aprofundar os meus conhecimentos e experiência clínica, com resultados proveitosos no que respeita ao exercício prático na área da Cirurgia Geral.

Passo agora a uma breve descrição das actividades efectuadas nas diferentes vertentes deste estágio: enfermaria, consulta externa, ecografia endoanal/endorectal, pequena cirurgia, serviço de urgência e bloco operatório.

### **Enfermaria:**

A actividade de enfermaria compreendeu o acompanhamento diário dos doentes internados no Serviço de Cirurgia – Sector Colo-Rectal, incluindo a realização de notas de entrada, diários clínicos, pedidos de exames complementares de diagnóstico, terapêutica e programação de alta clínica. Estas actividades foram realizadas sobre orientação quer do tutor, quer dos restantes elementos da unidade. Os doentes internados possuíam patologia variada, especialmente do foro abdominal, com particular incidência de doença neoplásica.

O internamento no Serviço de Cirurgia tem origem normalmente através do serviço de urgência, pela consulta externa ou por doentes em lista de espera para procedimentos programados. Após o internamento, os doentes podem ter alta para o domicílio com marcação de consulta para futuro seguimento.

### **Consulta Externa:**

Acompanhei por quatro vezes a consulta do meu tutor, onde tive não só a oportunidade de contactar com a avaliação pré-operatória de um doente, assim como o seguimento pós-operatório, e ainda algumas ‘primeiras consultas’, de doentes referenciados ou pelo seu Médico de Família, ou por outras especialidades médico-cirúrgicas.

### Ecografias Endoanais/Endorectais:

A ecografia endoanal é um exame no qual se utiliza uma sonda com um transdutor ecográfico na sua extremidade, para examinar a parede do canal anal e estruturas adjacentes. É indispensável ao estudo da incontinência fecal, já que é o método de eleição para analisar a integridade dos esfíncteres anais. É também muito útil em casos de abscessos e fístulas perianais, nos primeiros ao confirmar uma suspeita diagnóstica, nos segundos ao caracterizar a topografia dos trajectos fistulosos.

Quanto à ecografia endorectal, a única diferença para o anterior é a distância que se percorre com a sonda, que neste caso chega a atingir a ampola rectal, para examinar a parede do recto e estruturas adjacentes. É útil na avaliação de doenças rectais, particularmente no caso de tumores, ao ajudar no estadiamento tumoral, definindo a invasão em profundidade da lesão (grau de penetração parietal – T) e o eventual envolvimento dos gânglios adjacentes (envolvimento ganglionar – N). Este estadiamento é indispensável para se definir o melhor tratamento para os doentes com cancro do recto. Possibilita, ainda, o seguimento pós-operatório dos doentes operados por esta doença.

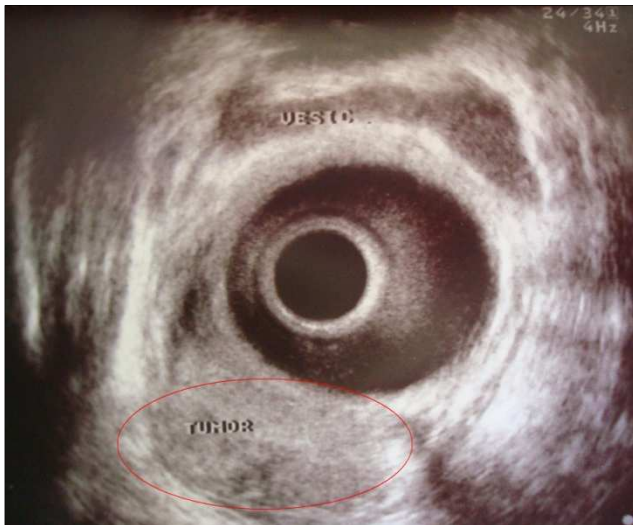


Figura 2 – Ecografia endorectal

Na figura 2, é mostrada a ecografia endorectal de um homem de 89 anos, diagnosticado com neoplasia do recto, que foi submetido a este exame para estadiamento tumoral, e onde se pode observar um espessamento da parede posterior do recto, legendado na imagem como 'tumor', concordante com o diagnóstico do doente.

Realce ainda para o facto de o tratamento a instituir neste doente ter sido alvo de discussão na consulta de decisão terapêutica (CDT), onde ficou decidido iniciar quimioterapia e radioterapia neoadjuvante, pela extensão da lesão e metastização linfática que já evidenciava na altura. Esta terapia teve como objectivo tentar fazer o *downstaging* do tumor, e então depois, mediante evolução favorável, proceder-se à ressecção da lesão tumoral.

**Pequena Cirurgia:**

Na consulta de pequena cirurgia, auxiliei em vários procedimentos, tais como remoção de vários quistos sebáceos, principalmente no couro cabeludo, alguns nevos verrugosos por motivos estéticos, e biópsias de lesões dermatológicas suspeitas para estudo anátomo-patológico. Tive ainda a oportunidade de assistir a uma biópsia de gânglio linfático supraclavicular, num doente internado por neoplasia pulmonar, um procedimento de algum grau de dificuldade, tendo sido inclusive ponderada a possibilidade de realizar o mesmo procedimento no bloco operatório, pela profundidade a que se encontrava o gânglio e a localização do mesmo.

**Serviço de Urgência:**

A vertente de urgência médica, provavelmente por estar ainda numa fase de formação, é uma que me atrai particularmente. Não só por nos depararmos com o mais variado tipo de patologia, mas também por ser geralmente nesta fase que os doentes mais necessitam de tratamento e consequentemente, torna-se mais gratificante o exercício da medicina, pelo resultado quase sempre imediato em termos de alívio sintomático proporcionado aos doentes.

Além de ter participado activamente na colheita de histórias clínicas e exame físico, tive a oportunidade de efectuar algumas gasometrias de sangue arterial, e trabalhar no sistema informático que serve de apoio ao serviço de urgência – Alert ®.

No entanto, a actividade que mais me motivou na minha passagem por este serviço foi o da pequena cirurgia. Aqui tive a oportunidade de fazer inúmeras suturas, algo que até então apenas tinha feito no CEMEF (Curto Estágio Médico em Férias) de 2008, precisamente sob a orientação do Dr. Miguel Silva. Nesta segunda passagem, e depois de ter efectuado algumas suturas sob vigilância de um dos membros da equipa, tive o voto de confiança para, em casos simples, efectuar todo o procedimento de forma autónoma, desde a limpeza/desinfecção e anestesia, até à sutura propriamente dita.

**Bloco Operatório:**

A minha actividade no bloco operatório consistiu maioritariamente por assistir, já que além de Internos Complementares, havia ainda Internos de Ano Comum que tinham prioridade no lugar de primeiro ou até segundo ajudante.

Assim, assisti a várias cirurgias, nomeadamente: hemicolectomia esquerda em doente com neoplasia do sigmóide, com metástase hepática e respectiva ressecção; colecistectomia profiláctica em doente com litíase biliar; duas fistulotomias perianais, uma delas em doente diagnosticado com Doença de Crohn, conforme descrito abaixo (caso 3); e ainda uma cirurgia de outra Unidade, onde assisti a uma tiroidectomia subtotal em doente com bócio multinodular não tóxico.

Contudo, tive a oportunidade de participar como primeiro ajudante, numa intervenção de urgência a perfuração de víscera oca (caso 1, relatado na página 8).

**Casos Clínicos:**

Passarei agora à apresentação de alguns casos clínicos que no decorrer do meu estágio tive a oportunidade de acompanhar diariamente, e que por terem sido proveitosos em termos académicos, optei por expô-los de uma forma sistematizada, e com uma revisão teórica sobre cada uma das patologias.

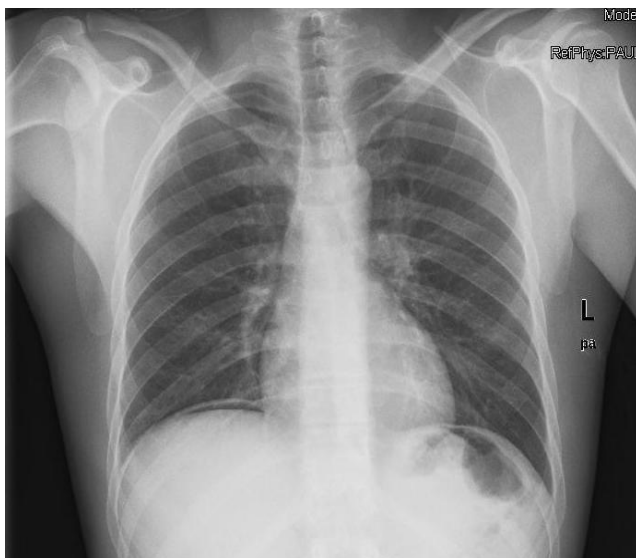
**Caso 1:**

JMS, 36 anos, sexo masculino, caucasiano, natural e residente em Lisboa (na altura, de férias na Ilha da Madeira), previamente saudável, fumador (13 UMA), com hábitos etílicos moderados, sem medicação de rotina, recorre ao SU na noite de 20 de Agosto enviado do Centro de Saúde de Câmara de Lobos por instalação relativamente abrupta de dor abdominal na região epigástrica, em queimor, após o jantar. Referia sentir-se nauseado, mas sem vômitos. Negava alterações da coloração das fezes. Realce para a ingestão etílica exagerada na véspera, referida pelo doente.

Estas queixas tinham surgido pela primeira vez há algumas semanas, de intensidade leve a moderada, aparecimento intermitente, e com alívio após a ingestão alimentar. Negava toma de AINEs (anti-inflamatórios não esteróides).

Ao exame objectivo apresentava-se consciente, colaborante, orientado no espaço e no tempo, com mucosas coradas e hidratadas, normotenso (124/72 mmHg), frequência cardíaca de 85 bpm, sub-febril (37,3°C, auricular), eupneico e sem sinais de dificuldade respiratória. A auscultação cardio-pulmonar não revelou alterações. Ao exame abdominal, apresentava dor à palpação superficial e profunda, principalmente no hipocôndrio direito. Murphy renal negativo. Murphy vesicular duvidoso por má colaboração do doente. Sem alterações à inspecção e percussão abdominais.

Analiticamente apresentava hemoglobina de 15,5 g/dl, leucocitose (14900/ $\mu$ l) com neutrofilia (83,5%), sem alterações no estudo da coagulação.



No raio-X simples em pé, inicialmente não apresentava sinais de pneumoperitoneu. Porque se suspeitava de perfuração de víscera oca, foi introduzida sonda nasogástrica onde se injectou ar pela mesma, e efectuado novo raio-X, passando a ser visível sinal de pneumoperitoneu, mais exuberante à direita (como se vê na Figura 3), o que veio confirmar o diagnóstico.

Figura 3 – Raio-X simples em pé, caso 1

Nesta fase foi proposta cirurgia de urgência, que o doente aceitou. No procedimento cirúrgico procedeu-se à ulcerorrafia com omentoplastia, como é descrito no excerto do relatório operatório abaixo:

- 1 – Efectuada laparotomia mediana supraumbilical.
- 2 – Identificada perfuração de úlcera duodenal da parede anterior, com fibrina e suco gástrico em grande quantidade e efectuada a respectiva aspiração.
- 3 – Procedeu-se à ulcerorrafia com vycril 3/0 e omentoplastia com dois pontos de vycril 3/0.
- 4 – Lavagem peritoneal com 1000cc de soro fisiológico, e posterior revisão da hemostase.
- 5 – Colocação de dreno subhepático, calibre 16F, e encerramento da cavidade abdominal com fio de sutura PDS 0 e Nylon 3/0.

No pós-operatório, o doente teve uma evolução favorável, sem qualquer intercorrência. Referia dor apenas no primeiro dia, retirou a sonda nasogástrica ao terceiro, e o dreno ao quarto dia. Teve alta hospitalar ao quinto dia de internamento, medicado com Omeprazol 40 mg/dia, em jejum, por um período de 8 semanas. Uma vez que o doente não podia ser seguido no Hospital Dr. Nélio Mendonça, foi redigida uma carta ao seu médico de família, descrevendo o presente episódio e pedindo a pesquisa de *Helicobacter Pylori* (HP) para posterior tratamento de erradicação, se positivo.

### **Revisão Teórica – Perfuração de Úlcera Duodenal**

A úlcera duodenal pode ocorrer em qualquer idade, embora a faixa etária mais afectada seja entre os 20 e 45 anos, sendo mais frequente em homens que mulheres. Cerca de 95% destas úlceras situam-se nos primeiros 2 cm da porção proximal do duodeno.

As principais causas de úlcera duodenal são a utilização de AINEs e a infecção por HP. Em cerca de 90% das úlceras duodenais, existe colonização destas pelo HP, dando origem a porções de metaplasia gástrica no duodeno, tornando assim a mucosa mais propensa a lesões provocadas pelo ácido gástrico e pepsina. No entanto, apenas

uma pequena percentagem de pessoas infectadas pelo HP desenvolvem lesão ulcerosa, o que nos leva a ter em conta a interacção com outros factores predisponentes à mesma.

No que diz respeito à complicação ocorrida no caso descrito acima, realce-se que a maioria das perfurações de úlcera duodenal está localizada anteriormente. O motivo pelo qual a perfuração destas ocorre mais frequentemente na face anterior, ao invés de sangrar, deve-se ao facto de na face anterior não existir a mesma protecção conferida por vísceras circundantes (como na face posterior), e pela menor vascularização, motivo pelo qual a hemorragia por úlcera duodenal seja mais frequente na face posterior, onde cursa a artéria gastroduodenal.

Imediatamente após a perfuração a cavidade abdominal é contaminada por conteúdo gástrico, desencadeando uma peritonite química. Com uma evolução relativamente prolongada (12 a 24 horas), a peritonite passa a ser bacteriana, motivo pelo qual a gravidade da situação se correlacione com o intervalo entre a perfuração e a intervenção cirúrgica.

A reacção inicial consiste na peritonite química. No entanto, o peritoneu reage com a produção de um exsudado que dilui os agentes agressores, e por isso reduz a sintomatologia inicial, pelo que o doente atravessa uma fase de acalmia, antes da instalação da peritonite bacteriana.

Em relação à sintomatologia típica destes casos, consiste numa dor súbita, localizada no epigastro, normalmente algumas horas após a última refeição, e algumas vezes acompanhada por náuseas ou vómitos.

No que diz respeito ao exame físico, há alguns pontos a realçar. O doente está, compreensivelmente, ansioso, geralmente deitado e com os joelhos elevados, e com respiração superficial para minimizar a excursão diafragmática. A febre está ausente na fase inicial. Na palpação abdominal, nota-se marcada rigidez muscular devido a espasmo involuntário (abdómen em tábua), com sinais de irritação peritoneal.

Analiticamente, apresenta-se geralmente com leucocitose ligeira ( $> 12000/\mu\text{l}$ ) numa fase inicial, que evolui para leucocitose moderada ( $> 20000/\mu\text{l}$ ) após 12 a 24 horas. O aumento ligeiro da amilase sérica acontece em quase todas as situações de abdómen agudo, e neste caso, ocorre muito provavelmente devido à absorção pelas secreções duodenais presentes na cavidade abdominal.



Em relação aos exames complementares de diagnóstico a pedir, e uma vez em contexto de urgência, o mais importante é o raio-X abdominal simples, em pé. Em 85% dos casos, está presente ar livre no espaço subdiafragmático. Se a imagem for duvidosa, deve ser insuflado cerca de 400 ml de ar através de sonda nasogástrica e repetido o raio-X. A presença de ar no abdómen, revelada por este (como no caso apresentado, Figura 3, página 8), é normalmente suficiente para confirmar o diagnóstico.

Uma vez suscitado o diagnóstico de perfuração de úlcera, deve ser introduzida uma sonda nasogástrica e esvaziado o estômago, de modo a reduzir a probabilidade de contaminação da cavidade abdominal com conteúdo gástrico. A colheita de sangue venoso para análise deve anteceder a administração de antibioterapia endovenosa (cefalosporina de 1ª geração ou amoxicilina/ácido clavulânico). Em relação ao procedimento cirúrgico utilizado no reparo da perfuração, que pode ser por laparoscopia ou laparotomia, além de uma lavagem abdominal minuciosa, é feita uma sutura simples da lesão após revitalização dos bordos, com colocação de um patch de epíplon. Esta técnica foi desenvolvida por Roscoe Graham em 1937, sendo designada por técnica de Graham-Steele (Fallat *et al*, 1983).

## **Caso 2:**

TMP, 38 anos, sexo feminino, caucasiana, natural e residente no Funchal, recorre ao SU por dor abdominal. Doente com história de litíase vesicular, refere instalação insidiosa, desde a véspera, de dor abdominal nos quadrantes superiores do abdómen, em barra, com irradiação dorsal. Sem posição antálgica. Nega náuseas, vômitos, diarreia ou alteração na cor das fezes.

Ao exame físico apresentava-se consciente, colaborante, orientada no espaço e no tempo, com mucosas coradas e hidratadas, anictérica. Sem alterações na auscultação cardio-pulmonar. O abdómen era mole e depressível, com dor à palpação dos quadrantes superiores, sem sinais de irritação peritoneal. Murphy vesicular negativo. Quanto aos sinais vitais, estava apirética (36°C, auricular), eupneica, hipertensa (164/95 mmHg), com frequência cardíaca de 70 bpm,

Tabela 1: Alterações analíticas, caso 2.

|                       | Valor           | Intervalo de referência |
|-----------------------|-----------------|-------------------------|
| Glicose               | 147 mg/dL       | 74 - 118                |
| ALT                   | 224 U/L         | 14 - 54                 |
| AST                   | 233 U/L         | 15 - 41                 |
| GGT                   | 772 U/L         | 7 - 50                  |
| Fosfatase Alcalina    | 155 U/L         | 32 - 91                 |
| LDH                   | 419 U/L         | < 246                   |
| Amilase pancreática   | 1111 U/L        | < 46                    |
| <b>Lipase</b>         | <b>3625 U/L</b> | 22 - 51                 |
| Bilirrubina total     | 3,51 mg/dL      | 0,3 - 1,20              |
| Bilirrubina indirecta | 1,50 mg/dL      | 0,2 - 0,70              |
| Bilirrubina directa   | 2,01 mg/dL      | 0,0 - 0,50              |
| Proteína C reactiva   | 7,6 mg/L        | < 6,10                  |

Analiticamente, apresentava leucocitose (17100/ $\mu$ l) com neutrofilia (85,8%), ligeira trombocitose (478000/ $\mu$ l), e as restantes alterações de relevo são relatadas na tabela ao lado. Realce-se os aumentos da amilase pancreática e da lipase, acompanhado de aumento das enzimas hepáticas. Nesta fase, foi diagnosticada com pancreatite aguda com colangite associada.

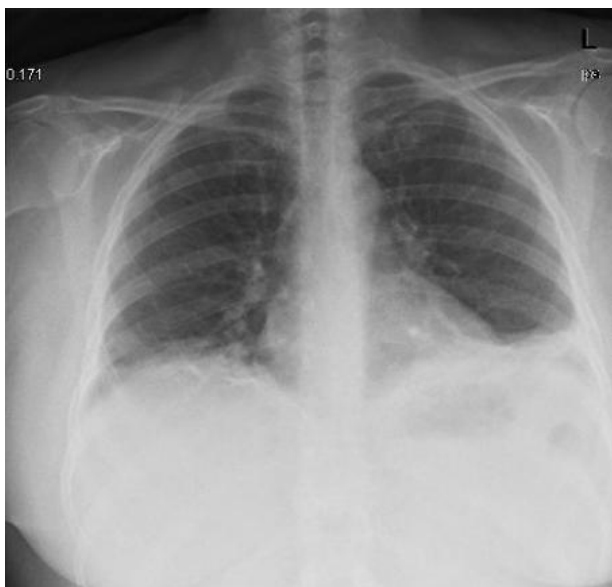
Foi então pedido raio-X abdominal simples em pé, raio-X de tórax e ecografia abdominal superior. Os raio-X não revelaram alterações. A ecografia abdominal superior, conforme descrito no excerto do relatório abaixo, revelou as seguintes alterações:

- Ligeira hepatomegalia homogénea, a correlacionar clínica e laboratorialmente.
- Discreta ectasia da via biliar principal de 7 mm de diâmetro que se estende até à porção terminal do colédoco.
- O pâncreas apresenta aumento dimensional na porção cefálica de 39 mm de diâmetro ântero-posterior, por prováveis alterações inflamatórias.
- A vesícula apresenta-se com pouca repleção, identificando-se contudo cálculos no seu interior, o maior com 14 mm de diâmetro. A parede é irregular, de 3 mm de espessura. Murphy vesicular ecográfico negativo.
- Sem líquido livre na cavidade superior ou pélvica.

Assim, foi recomendado o internamento hospitalar para tratamento e vigilância, que a doente aceitou. A evolução intra-hospitalar é relatada na tabela 2, na página seguinte.

Tabela 2: Evolução intra-hospitalar, caso 2.

| Dia                                  | Registo diário                                                                                                                                                                                                                                 | Atitudes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20/08/2009<br>(SU/<br>/Internamento) | Apirética.<br>Abdómen doloroso nos quadrantes superiores, sem sinais de irritação peritoneal.                                                                                                                                                  | Suspende dieta oral.<br>Ionosteril G, 1500 mL/dia.<br>Soro fisiológico, 1500 mL/dia.<br>Tramadol + Metoclopramida (EV), 8/8h.<br>Buscopan ® (Butilescopolamina), 1 ampola (EV), 8/8h.<br>Paracetamol 1 g (EV) – SOS.<br>Petidina, 50 mg (IM), 6/6h – SOS.<br>Lovenox ® (Enoxaparina Sódica), 40 mg (SC), 1x/dia.<br>Ranitidina, 50 mg (EV), 6/6h.<br>Monitorização de sinais vitais, 6/6h. |
| 21/08/2009                           | Apirética. Normalização da tensão arterial.<br>Episódio de dor intensa pelas 7h. Melhorou com Petidina 50 mg (IM).                                                                                                                             | Algaliação para medição da diurese diária.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 23/08/2009                           | Apirética. Redução dos níveis de amilase e lipase.<br>Mantém leucocitose e PCR aumentada. Discreto aumento das bilirrubinas, sem sinais de icterícia.<br>Auscultação pulmonar com ligeiras crepitações em ambas as bases. Pedido Raio-X tórax. | Dieta líquida.<br>Soro fisiológico passa a 1000 mL/dia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 24/08/2009                           | Apirética. Revelou dificuldades em dormir, por sentir-se ansiosa.<br>Hipocalcemia (7 mg/dL).<br>Raio-X revela sinais de estase pulmonar em ambas as bases pulmonares (figura 4, página 14).                                                    | Lorenin ® (Lorazepam), 1 mg (PO), antes de deitar.<br>Gluconato de Cálcio, 1 ampola (EV), 12/12h.<br>Lasix ® (Furosemida), ½ ampola (EV), 12/12h.<br>Suspende Ionosteril G.                                                                                                                                                                                                                |
| 25/08/2009                           | Apirética. Sem queixas. Abdómen mole, indolor.                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 26/08/2009                           | Apirética. Sem queixas.<br>Clínica e analiticamente com evolução favorável.<br>Normalização do cálcio sérico (8,5 mg/dL).<br>Pedida TAC abdominal.                                                                                             | Dieta hipolipídica.<br>Ranitidina passa a 100 mg/dia (PO).<br>Buscopan passa a 1 comprimido/dia (PO), até 3x/dia (em SOS).<br>Suspende Gluconato de Cálcio.<br>Soro fisiológico suspenso.                                                                                                                                                                                                  |
| 27/08/2010                           | TAC relatada como não tendo complicações loco-regionais.                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 28/08/2009                           | Doente hemodinamicamente estável, com resolução clínica e analítica do quadro de pancreatite. Mantém apenas discreto aumento da lipase e das transaminases.                                                                                    | Alta hospitalar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |



**Figura 4 – Raio-X de tórax, caso 2**

**Tabela 3: Critérios de Ranson**

| <b>À admissão</b>           |                                        |
|-----------------------------|----------------------------------------|
| Idade                       | > 55 anos                              |
| <b><u>Leucócitos</u></b>    | <b>&gt; 16000 /<math>\mu</math>L *</b> |
| Glicose                     | > 200 mg/dL                            |
| <b><u>LDH</u></b>           | <b>&gt; 350 UI *</b>                   |
| AST                         | > 250 UI                               |
| <b>48h após admissão</b>    |                                        |
| Descida do Hematócrito      | > 10%                                  |
| Subida da Ureia plasmática  | > 5 mg/dL                              |
| <b><u>Cálcio sérico</u></b> | <b>&lt; 8 mg/dL *</b>                  |
| PaO <sub>2</sub>            | < 60 mmHg                              |
| Défice de bases             | > 4 mEq/L                              |
| Retenção de fluidos         | > 6 L                                  |

Como indicador de severidade e prognóstico na pancreatite aguda, são usados os critérios de Ranson, como nos indica a tabela 3. Podemos então através da medição dos parâmetros mencionados na tabela acima, aferir o estado do doente. Neste caso, três parâmetros estavam alterados: leucocitose superior a 16000/ $\mu$ L e LDH superior a 350 UI à admissão, e cálcio sérico inferior a 8 mg/dL 48 horas após a admissão. Assim, uma vez que os critérios de Ranson estabelecem como grave uma pancreatite com três ou mais parâmetros alterados, podemos classificá-la como tal. Acrescente-se ainda que em termos de prognóstico, tem uma mortalidade associada de 15% (3 a 4 parâmetros alterados).

A doente teve alta com marcação de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) algumas semanas após a resolução deste quadro, e agendamento de cirurgia para colecistectomia profilática, pelo risco de pancreatite recorrente por litíase biliar, como demonstrado na ecografia abdominal feita no decorrer deste episódio.

## Revisão Teórica – Pancreatite Aguda

A pancreatite aguda é uma condição inflamatória do pâncreas clinicamente caracterizada por dor abdominal e aumento das enzimas pancreáticas no sangue, causado pela digestão do parênquima pancreático, com envolvimento variável de tecidos peri-pancreáticos e de sistemas orgânicos distantes. Os principais factores de risco são: litíase vesicular, alcoolismo crónico, alguns fármacos, hipercalcemia ou hiperlipidemia, trauma, infecções, e em alguns casos, pode ser hereditária.

A sua etiologia é no entanto um ponto de alguma discussão, uma vez que muitos factores já foram documentados como estando implicados no desenrolar da doença, enquanto algumas vezes nem é identificado qualquer factor. Há no entanto duas entidades que são inegavelmente contribuintes para o desenvolvimento de pancreatite aguda: doença litíásica das vias biliares e alcoolismo. Juntas, totalizam cerca de 80 a 90% dos casos de pancreatite. Cerca de 10 são de causa idiopática, e os restantes por uma combinação dos factores já mencionados acima, onde os fármacos, a hipercalcemia e a hiperlipidemia assumem particular destaque. Não esquecer que a pancreatite aguda pode também ser a primeira manifestação de doença neoplásica, pelo que esta deve ser excluída, principalmente em pacientes sem história de consumo alcoólico ou doença das vias biliares.

Em relação à fisiopatologia, podemos dividi-la em duas fases: uma precoce e outra tardia. Na fase precoce, após a exposição aos agentes causais dá-se a retenção e activação de enzimas digestivas no interior da célula acinar, com consequente libertação de agentes mediadores inflamatórios e alteração da permeabilidade vascular, resultando em edema e isquemia, causando assim dano pancreático. Na fase tardia há extensão do processo inflamatório do tecido pancreático à gordura circundante e à região retroperitoneal, resultando daí lesões hemorrágicas e perda da integridade tecidual, com consequentes efeitos sistémicos, nomeadamente, hipoxia, febre, hipotensão, necrose pancreática e apoptose.

O diagnóstico clínico de pancreatite é essencialmente de exclusão. Outras patologias abdominais como perfuração de úlcera péptica, isquemia mesentérica e colecistite aguda devem ser excluídas, pelo desfecho normalmente fatal se a intervenção cirúrgica for adiada.

Em relação à sintomatologia típica nestes casos, esta inicia tipicamente com dor abdominal intensa, normalmente após uma refeição copiosa. A dor é geralmente

localizada na região epigástrica, embora possa se estender a toda a região abdominal ou torácica inferior. É descrita pelos pacientes como sendo constante, em barra, com irradiação para as costas e alivia com o doente inclinado para a frente. Pode também ser acompanhada de náuseas e vômitos (que não aliviam a dor). Ao exame físico o doente pode apresentar-se taquicárdico, taquipneico, hipotenso e febril. O sinal de defesa abdominal (voluntária ou involuntária) é frequente na região epigástrica. O abdômen pode estar distendido por acumulação de líquido, assim como derrame pleural, mais comum do lado esquerdo. Dois sinais que embora não sejam patognomônicos (presente apenas em 1 a 3% dos casos) são indicadores de mau prognóstico quando presentes, são o sinal de Grey Turner (Figura 5) e o sinal de Cullen (Figura 6).



Figura 5 – Sinal de Grey Turner



Figura 6 – Sinal de Cullen

O primeiro consiste em manchas equimóticas de cor violácea nos flancos (mais frequente à esquerda) e o segundo em equimoses que podem ir desde a região peri-umbilical até à sínfise púbica. Qualquer um destes sinais revelam a presença de hemorragia intraperitoneal e por isso ocorrem mais frequentemente nas pancreatites necro-hemorrágicas.

Por último, poderá estar presente colangite e/ou icterícia, ou pelo menos aumento dos níveis de bilirrubina sanguínea, devido a coledocolítiase ou edema da cabeça do pâncreas causador de obstrução a nível do ducto biliar comum.

Em termos analíticos, a pancreatite aguda caracteriza-se por aumento da concentração sérica das enzimas pancreáticas: amilase e lipase. A primeira, embora seja menos específica que a lipase, aumenta logo após 2 horas do início dos sintomas e normaliza após 5 dias, a não ser quando na presença de complicações, sendo por isso um melhor marcador para aferir acerca da resolução do quadro. A lipase persiste elevada por mais tempo, e os seus níveis só retornam a valores normais após o 16º dia. São também frequentes alterações a nível do hemograma: leucocitose com desvio à esquerda e uma elevação inicial do hematócrito por hemoconcentração, devido à perda de plasma

para o espaço retroperitoneal, que pode ser seguido nos casos graves, por uma descida de 10% do seu valor inicial nas primeiras 48 horas. Por último, os doentes geralmente têm hiperglicemia, provavelmente pelo aumento do glucagon e hipoinsulinemia, assim como aumento dos valores das transaminases (AST - aspartato aminotransferase, e a ALT – alanina transaminase). Realce ainda para o facto de, a AST ser usada como factor de prognóstico, e a ALT quando aumentada (superior a 3 vezes o normal) ser altamente sugestiva de etiologia biliar.

No que diz respeito aos exames de imagem que podem auxiliar no diagnóstico, o raio-X de abdómen deve ser pedido, não só por poder detectar a presença de cálculos biliares, o mais importante factor etiológico de pancreatite, assim como mostrar dilatação única de uma ansa do delgado (ansa sentinela), que pode estar presente em cerca de 40% dos casos e é sugestiva do diagnóstico. No entanto, em doentes com elevado grau de suspeita de litíase biliar, o exame mais apropriado é a ecografia abdominal superior, que pode ainda detectar dilatação dos canalículos extra-pancreáticos, edema e colecção de fluidos extra-pancreáticos. O raio-X de tórax é também útil para a pesquisa de derrame pleural ou atelectasia da base, mais frequentes à esquerda. Todos os doentes classificados como graves, devem fazer uma tomografia axial computadorizada (TAC) com contraste entre o 3º e o 10º dia após a admissão. Esta permite-nos avaliar a gravidade, pelo grau de necrose pancreática, peri-pancreática e presença de colecções líquidas. Os achados mais frequentes são o aumento difuso do pâncreas, obliteração e edema ou colecções líquidas peri-pancreáticas.

Para avaliação da gravidade e prognóstico, pelo menos numa fase precoce, à admissão, são usados os critérios de Ranson (ver tabela 3, página 14) que só permitem a avaliação do doente às 48 horas de evolução, e embora não tenham validade para além do período inicial, já que não contemplam aspectos evolutivos diversos de um processo clínico que pode durar semanas, são muito úteis para diferenciar o estado de gravidade do doente mediante a medição de 11 parâmetros. Estes critérios estabelecem que na presença de até 2 parâmetros alterados, está associada uma mortalidade de 1%, se 3 a 4, uma mortalidade de 15%, se 5 a 6, mortalidade de 40% e se mais de 6, mortalidade de 100%. Existem ainda 2 outros sistemas de classificação: o APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) e o de Balthazar. O APACHE II parece ser o sistema que melhor se correlaciona com o prognóstico e pode ser avaliado em qualquer momento do quadro. No entanto é complexo e não diagnostica fielmente os casos de pancreatite necrosante na altura da admissão, tendo um valor preditivo positivo superior às 48 horas.

Os critérios tomográficos de Balthazar, baseiam-se numa avaliação através da TAC e consequente classificação segundo um índice de gravidade, com relação comprovada com a morbilidade e mortalidade, como ilustra a tabela 4 abaixo.

Tabela 4 – Critérios de Balthazar - Índice de Gravidade do Estadiamento por TAC – IGET (Rosa *et al*, 2003).

| <b>Grau TAC</b>                                                                | <b>Pontos</b> | <b>Necrose</b> | <b>Pontos</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|---------------|
| A – Pâncreas normal                                                            | 0             | Ausente        | 0             |
| B – Aumento das dimensões pancreáticas                                         | 1             | < 30%          | 2             |
| C – Inflamação do pâncreas ou gordura peri-pancreática                         | 2             | 30 a 50 %      | 4             |
| D – Colecção de fluído peri-pancreático única                                  | 3             | > 50%          | 6             |
| E – Duas ou mais colecções de fluído peri-pancreático, ou ar retro-pancreático | 4             |                |               |
| IGET = Pontos <i>Grau TAC</i> + Pontos <i>Necrose</i>                          |               |                |               |

Somados os pontos relativos aos achados tomográficos e à extensão da necrose, num máximo de 10 pontos, de 0 a 3 tem associada uma mortalidade de 3%, 4 a 6 pontos de 6%, e 7 a 10 pontos de 17%.

Em relação ao tratamento há que actuar em duas vertentes: a correcção de factores precipitantes e a intervenção sobre o processo inflamatório. A primeira vertente inclui a CPRE nalguns casos de pancreatite litiásica, a suspensão da ingestão de álcool e/ou fármacos e a correcção da hiperlipidemia, por exemplo. No caso particular da pancreatite litiásica, a correcção dos factores precipitantes inclui também a colecistectomia, que deve, idealmente, ser realizada cinco a seis dias após a admissão hospitalar nos casos de pancreatite ligeira a moderada e, pelo menos, seis semanas após a recuperação clínica nos casos de pancreatite grave, com ou sem colangiografia intra-operatória.

O tratamento da pancreatite é, sobretudo, de suporte. Na pancreatite ligeira, a reposição de fluidos por via endovenosa (EV), o controlo da dor e a suspensão da ingestão oral são, na maioria dos casos, suficientes. A recuperação ocorre em 5 a 7 dias, podendo então iniciar-se a alimentação entérica. Até lá, os fluidos EV são essenciais para compensar as perdas por sudorese, vômitos e para o terceiro espaço, já que a hipovolemia conduz a isquemia pancreática, com agravamento da inflamação. O controlo da dor pode requerer o uso de opiáceos, quando os analgésicos menos potentes não forem suficientes, mas a morfina deve reservar-se para os casos mais resistentes, já que esta aumenta o tónus do esfíncter de Odi e causa elevações da amilase sérica. O uso de antibioterapia profiláctica deve reservar-se aos casos graves e com necrose identificada.



Na pancreatite grave, a necessidade de monitorização e suporte hemodinâmico, respiratório, renal e hepatobiliar implica o internamento em unidade de cuidados intensivos (UCI). Mais uma vez, a reposição de fluidos é essencial. Nos primeiros dias, podem ser necessários 5 a 10 litros de fluido isotónico por dia.

Considera-se a infusão de albumina quando a albumina sérica é inferior a 2,0 g/dL e a transfusão de concentrado de eritrócitos quando o hematócrito é inferior a 25%. A hipoxemia (saturação periférica de oxigénio inferior a 90%) requer administração de oxigénio e, se refractária, ou se houver fadiga respiratória, a entubação oro-traqueal e a ventilação assistida devem ser precoces.

Finalmente, é essencial prevenir a infecção. Enquanto a descontaminação intestinal selectiva não tem utilidade clínica demonstrada, a antibioterapia profiláctica é suportada por estudos científicos. Está comprovada uma diminuição das taxas de infecção e uma tendência para a descida da mortalidade quando se usam antibióticos com boa penetração pancreática, mas apenas nos casos com necrose significativa (mais de 30%, demonstrada por TAC) e/ou colecções de fluido ou falências de outros órgãos. Embora as quinolonas tenham boa penetração pancreática e sejam activas contra as bactérias mais frequentemente envolvidas neste quadro, o imipenem (para uma função renal normal, 500 mg EV, de 8/8 h, durante, pelo menos, 10 a 14 dias), activo contra gram (-), gram (+) e anaeróbios, parece ser o mais eficaz dos antibióticos até hoje testados. Para evitar o desenvolvimento de resistências, pode optar-se, na profilaxia, por iniciar uma quinolona, reservando o imipenem para casos em que se confirma a infecção e/ou se suspeita de estirpes resistentes (Rosa *et al*, 2003).

No que diz respeito à nutrição, os casos de pancreatite ligeira podem ser suportados apenas com hidratação EV, já que a recuperação, com retoma da ingestão oral, será rápida. Na pancreatite ligeira, a alimentação oral pode, geralmente, iniciar-se entre o terceiro e o sétimo dia, enquanto nas formas graves pode ser necessário aguardar mais algum tempo. Considera-se que o doente pode iniciar alimentação oral quando não há dor abdominal espontânea nem à palpação, não há ileus, não há evidência de complicações e a amilase sérica desceu para valores próximos do normal. Não havendo recomendações claras quanto ao programa alimentar, uma abordagem possível consiste no iniciar da alimentação com 100-300 mL de líquidos sem calorias 4/4h nas primeiras 24h. Se estes forem tolerados, passa-se à mesma quantidade de líquidos já com nutrientes. Gradualmente, ao longo de três a quatro dias, introduzem-se então alimentos moles e, finalmente, os sólidos.

**Caso 3:**

LBG, 29 anos, sexo masculino, caucasiano, natural e residente no Funchal, diagnosticado com Doença de Crohn há 11 anos, com atingimento do intestino delgado e perianal. À admissão apresenta agudização de fístula perianal recorrente, a necessitar de antibioterapia (metronidazol e ciprofloxacina), e necessidade de medicação para alívio sintomático da dor com Tramal® 100 (Tramadol), Brufen® 600 (Ibuprofeno) e Dol-U-Ron Forte® (Paracetamol + Codeína). Como medicação de base toma Imuran® 150 mg/dia (Azatioprina).

Foi internado para antibioterapia endovenosa de largo espectro, TAC pélvica e eventual drenagem do abscesso. Passou então a fazer Imipenem 500 mg (EV), medicação para controlo da dor e protector gástrico.

Ao segundo dia de internamento fez TAC pélvica, que revelou trajecto fistuloso transesfincteriano baixo, com colecção abcedada na região perianal à esquerda e dois trajectos secundários, com indicação para drenagem cirúrgica.

Como programado, foi então submetido a intervenção cirúrgica ao quarto dia de internamento, onde se fez a identificação do trajecto fistuloso, que comunicava com a ampola rectal. Foram então efectuadas fistulectomias várias parciais e fistulotomias, com encerramento parcial por aproximação com vicryl 2/0. Nas imagens abaixo, observamos o aspecto pré-operatório, com introdução de estiletos para revelar o trajecto fistuloso (figura 7), e o pós-operatório (figura 8).



Figura 7 – Estiletos indicando o trajecto fistuloso

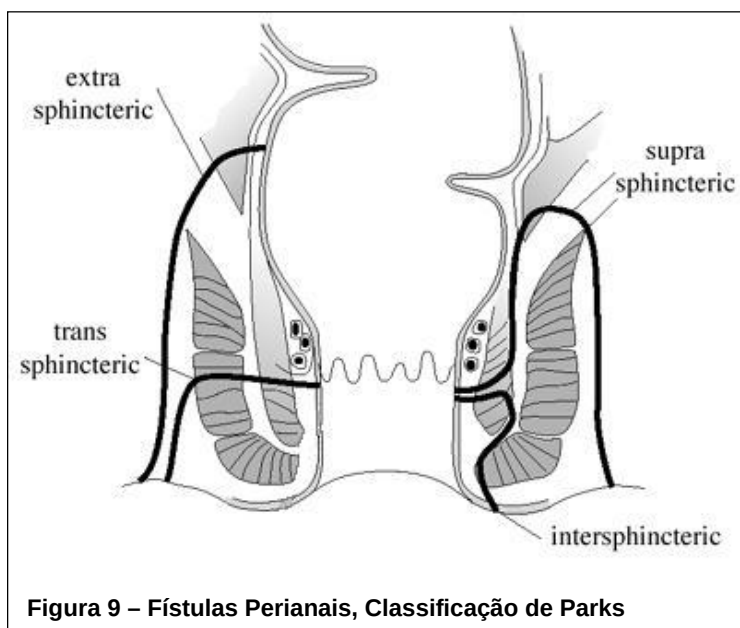


Figura 8 – Aspecto pós-operatório

No pós-operatório teve boa evolução sem qualquer intercorrência, e com boa cicatrização. Continuou a fazer medicação para o controlo da dor e antibioterapia, até ao quinto dia de pós-operatório, quando teve alta, com recomendação de cuidados dietéticos, higiene perianal (banhos de assento pelo menos duas vezes ao dia, e sempre que tivesse uma dejectação) e medicado com analgésicos. Foi ainda marcada consulta de seguimento para uma semana depois, de forma a avaliar a sua evolução.

### Revisão Teórica – Fístula Perianal

Fístula define-se por uma comunicação patológica entre duas superfícies epiteliais. A fístula perianal é um trajecto anómalo que estabelece comunicação entre o recto ou o canal anal e um orifício fistuloso identificável na região perianal. A classificação mais completa de fístulas perianais foi proposta por Parks (figura 9) e divide-as em interesfincterianas, transesfincterianas, supraesfincterianas e extraesfincterianas. As primeiras resultam dum abscesso perianal que segue o plano interesfincteriano, são as



mais frequentes e representa cerca de 70% de todas as fístulas. As segundas originam-se num abscesso isquiorrectal, estabelecendo-se um trajecto desde o orifício primário, através de ambos os esfíncteres, até à fossa isquiorrectal, e contemplam cerca de 23% das fístulas. As supraesfincterianas ocorrem em cerca de 5% dos casos e têm como ponto de partida um abscesso

supraelevador, com a particularidade de neste caso, o trajecto originar-se na linha dentada, estender-se em direcção cefálica sobre o músculo puborrectal e prosseguir distalmente ao longo da face lateral do esfíncter externo até à pele perianal. Por último, as menos frequentes, extraesfincterianas, perfazem as restantes 2%. O trajecto estende-se desde o recto, através dos elevadores anais, prosseguindo para a fossa isquiorrectal

até à pele perianal. Esta fístula pode resultar de traumatismo, diverticulite, doença de Crohn, neoplasia ou iatrogenia.

Embora a sua etiologia não esteja claramente esclarecida, as fístulas perianais podem ser classificadas em inespecíficas, idiopáticas ou criptoglandulares. A cripta glandular comprometida parece desempenhar um papel central. As fístulas são portanto o resultado da extensão da sépsis a partir duma glândula anal intramuscular incapaz de drenar espontaneamente para o lúmen anal, devido à obstrução do canal excretor causada pelo processo infeccioso. Geralmente, há referência à existência de um abscesso perianal que drenou espontaneamente ou foi drenado cirurgicamente. Uma importante associação é a doença maligna da qual pode ser manifestação ou um risco acrescido para o seu desenvolvimento. A relação com os hábitos intestinais não é clara: alguns autores preconizam que a diarreia facilita o acesso das bactérias às glândulas anais, outros, pelo contrário, entendem que a génese compreende a abrasão causada pela passagem de fezes duras pelo canal anal.

As queixas mais frequentes incluem escorrência perianal intermitente purulenta ensanguentada, dor com a defecação e alívio da dor à medida que a quantidade de escorrência aumenta.

Para o seu diagnóstico e classificação, é necessária uma avaliação que engloba 5 pontos principais: a localização do esfíncter interno, a localização do esfíncter externo, o percurso do trajecto primário, a presença de extensões secundárias e a associação de outras doenças. Ao exame físico, pode identificar-se um orifício externo denunciado pela presença de tecido de granulação ou pela descarga de conteúdo purulento. Idealmente, o orifício interno pode ser identificado com o auxílio de estiletos introduzidos de forma retrógrada ou anterógrada. Frequentemente, o trajecto fistuloso pode ser palpado sob a forma dum cordão que se estende em direcção ao aparelho esfinteriano. Geralmente, o contorno delineado pela cripta pode ser sentido no exame rectal.

A canulação do orifício é bastante desconfortável para o doente e, por vezes, acrescenta pouco na definição da estratégia terapêutica. No entanto, em doentes com sintomas característicos de doença inflamatória intestinal ou história de fístulas múltiplas ou recorrentes, está indicada uma avaliação gastrointestinal completa. A fistulografia, habitualmente, não é fidedigna mas deve ser equacionada na abordagem de fístulas recorrentes ou complexas e na doença de Crohn, onde pode existir distorção da anatomia. A ecografia endoanal, com ou sem peróxido de hidrogénio injectado no trajecto

fistuloso, pode ser útil na caracterização de fístulas complexas. A TAC está indicada quando há suspeição de filiação da fístula em fonte pélvica ou intrabdominal.

O objectivo da cirurgia da fístula é eliminar o trajecto, prevenir doença recorrente, sempre com a preocupação de preservar a função esfinteriana. As técnicas mais empregues incluem a fistulotomia (abertura da fístula), a fistulectomia (exérese do trajecto fistuloso) e a aplicação de setons para tracção e fistulotomia diferida, sendo a fistulectomia criticada por acarretar maior perda de tecido com consequente compromisso da cicatrização.

A avaliação do aparelho esfinteriano é obrigatória antes da cirurgia. Dado que o músculo puborrectal é o principal responsável pela continência e suporta as áreas posterior e laterais do ânus superior, as fístulas inter e transesfinterianas, localizadas posterior ou lateralmente, podem ser deixadas abertas desde que o orifício interno seja na linha dentada e a superfície de canal anal dividida não ultrapasse os 50%.

O tratamento de fístulas interesfinterianas ou transesfinterianas simples é semelhante. Identificado o trajecto, são feitas uma incisão no tecido de granulação, circundando o estilete, curetagem da loca e exploração do trajecto, de forma a excluir trajectos cegos ou percursos adicionais. Se o trajecto fistuloso atravessa o aparelho esfinteriano proximalmente à linha dentada, o recurso a fistulotomia conjugada com a colocação dum seton é uma opção segura. Neste caso em particular, a porção inferior do esfíncter interno, assim como a pele adjacente, é dividida no intuito de alcançar o orifício fistuloso secundário, colocando-se um fio de seda ou presilha de borracha na porção de trajecto fistuloso acima da linha dentada. O seton estimula a granulação, o que reduz a retracção do aparelho esfinteriano secundária à fistulotomia. Esta opção deve ser considerada na presença de múltiplas fístulas, fístulas anteriores na mulher, na doença de Crohn, em situações de lesão esfinteriana prévia ou incontinência. A fistulotomia diferida através da aplicação dum seton é, também, a melhor opção para as fístulas supraesfinterianas.

O tratamento duma fístula extraesfinteriana depende da sua etiologia. Se a causa é iatrogénica, a porção inferior do esfíncter é dividida e a abertura rectal é encerrada. Ocasionalmente, pode ser necessária a confecção duma colostomia temporária, no intuito de diminuir a conspurcação local, ocasionada pela passagem das fezes, e proporcionar uma evolução cicatricial adequada. Se a fístula foi provocada por um corpo estranho, este é removido, o orifício interno é encerrado, é estabelecida

drenagem e uma diversão fecal temporária. Se a fístula é decorrente dum abscesso pélvico, este deve ser drenado para antecipar a cicatrização da fístula. Em doentes com Crohn, o uso liberal de setons, para manter drenagem satisfatória e preservar o mecanismo esfinteriano, é encorajado. A recorrência após fistulotomia pode resultar da falência no reconhecimento da cripta, identificação e drenagem inadequadas de trajectos acessórios, encerramento prematuro da ferida ou epiteliação do trajecto. Os cuidados pós-operatórios incluem cuidados dietéticos, analgésicos e banhos de assento. O processo de cicatrização, geralmente, dura 6 a 10 semanas.

## Conclusão

Numa primeira análise, os objectivos inicialmente traçados foram cumpridos, na medida em que este estágio proporcionou um contacto diferente com uma realidade hospitalar que até então não tinha experienciado. Foi uma excepcional oportunidade de aprendizagem e aquisição de conhecimentos sobre uma diversidade de patologias, com especial incidência na área da cirurgia colo-rectal, à qual o meu co-orientador se dedica. Permitiu-me também ter uma ideia do normal funcionamento dum serviço de Cirurgia Geral, ao mesmo tempo que apurou o meu gosto por esta especialidade.

O trabalho na enfermaria e no serviço de urgência foi uma experiência valiosa em termos de prática clínica. Permitiu desenvolver capacidades no âmbito da realização da primeira abordagem ao *doente cirúrgico*, aprofundar conhecimentos no que respeita a técnicas cirúrgicas, e a sua aplicabilidade, assim como o seu seguimento pós-operatório. Na pequena cirurgia e no serviço de urgência tive a oportunidade de efectuar várias suturas, procedimento até então apenas treinado em workshops extra-curriculares, terminando o estágio com relativa autonomia na execução desta técnica. No bloco operatório, as oportunidades de participar activamente não foram tantas quanto desejaria, não só porque a formação dos internos complementares é prioritária em relação à minha, mas também por ainda não ter o conhecimento teórico ou as capacidades técnicas para executar certos procedimentos, devido à complexidade dos mesmos.

Em suma, este foi um estágio verdadeiramente profissionalizante, como se pretende que seja o 6º ano do curso de Medicina. Consistiu, portanto, num valioso complemento à minha formação.

## Bibliografia

Amaro P, et al. Pancreatite Aguda: Critérios de gravidade e orientação terapêutica. Medicina Interna 1999; Vol 6, Nº1.

Brunicardi FC, et al. Schwartz's Manual of Surgery 2006, 8<sup>th</sup> edition.

Doherty GM, Way LW, et al. Current Surgical Diagnosis & Treatment 2006, 12<sup>th</sup> edition.

Fauci A, Braunwald E, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine 2008, 17<sup>th</sup> Edition.

Foster C, Mistry NF, et al. The Washington Manual of Medical Therapeutics 2010, 33<sup>th</sup> edition.

Rosa I, et al. Pancreatite Aguda – Actualização e proposta de protocolo de abordagem. Acta Méd Port 2004; 17:317-324.

Townsend CM, et al. Sabiston – Tratado de Cirurgia 2005, 17<sup>a</sup> edição.

[http://gastro.br.tripod.com/tpancreatite\\_aguda.htm](http://gastro.br.tripod.com/tpancreatite_aguda.htm)

[http://www.prontocor.com.br/cientifico/wp-content/uploads/2009/06/pancreatite-aguda\\_apresentacao-3.pdf](http://www.prontocor.com.br/cientifico/wp-content/uploads/2009/06/pancreatite-aguda_apresentacao-3.pdf)

<http://www.mdcalc.com/ransons-criteria-for-pancreatitis-mortality>



## Anexos

### Anexo I: Calendário Sumário de Actividades

| Dia                                                                                                                                                                                  | Actividade                       | Horário                                   | Nº de Horas          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|----------------------|
| Terça-feira, 11/08/2009                                                                                                                                                              | BO                               | 08h30-15h00                               | 06h30                |
| Quarta-feira, 12/08/2009                                                                                                                                                             | Eco, Enf, CE                     | 09h00-15h30                               | 06h30                |
| Quinta-feira, 13/08/2009                                                                                                                                                             | SU                               | 09h00-14h00<br>16h00-23h00                | 12h00                |
| Sexta-feira                                                                                                                                                                          | FERIADO – Nossa Senhora do Monte |                                           |                      |
| Sábado                                                                                                                                                                               |                                  |                                           |                      |
| Domingo                                                                                                                                                                              |                                  |                                           |                      |
| Segunda-feira, 17/08/2009                                                                                                                                                            | PC, Enf                          | 09h00-14h00                               | 05h00                |
| Terça-feira, 18/08/2009                                                                                                                                                              | Eco, Enf                         | 09h00-12h00                               | 03h00                |
| Quarta-feira, 19/08/2009                                                                                                                                                             | Eco, Enf, CE                     | 09h00-16h00                               | 07h00                |
| Quinta-feira, 20/08/2009                                                                                                                                                             | SU                               | 10h00-14h00<br>16h00-21h00<br>23h00-04h00 | 14h00                |
| Sexta-feira                                                                                                                                                                          | FERIADO – Dia da Cidade          |                                           |                      |
| Sábado                                                                                                                                                                               |                                  |                                           |                      |
| Domingo                                                                                                                                                                              |                                  |                                           |                      |
| Segunda-feira, 24/08/2009                                                                                                                                                            | Enf, CDT, CE                     | 09h00-14h30                               | 05h30                |
| Terça-feira, 25/08/2009                                                                                                                                                              | BO                               | 08h30-15h30                               | 07h00                |
| Quarta-feira, 26/08/2009                                                                                                                                                             | BO, CE                           | 09h00-14h00                               | 05h00                |
| Quinta-feira, 27/08/2009                                                                                                                                                             | SU, BO                           | 09h00-14h00<br>16h00-21h00<br>23h00-04h00 | 15h00                |
| Sexta-feira                                                                                                                                                                          |                                  |                                           |                      |
| Sábado, 29/08/2009                                                                                                                                                                   | SU                               | 09h00-14h00<br>16h00-21h00<br>23h00-03h00 | 14h00                |
|                                                                                                                                                                                      |                                  |                                           | <b>Total: 100h30</b> |
| BO – Bloco Operatório; CDT – Consulta de Decisão Terapêutica; CE – Consulta Externa; Ecos – Ecografias endoanais; Enf – Enfermaria; PC – Pequena Cirurgia; SU – Serviço de Urgência; |                                  |                                           |                      |

## Anexo II: Comprovativo de estágio no Hospital Dr. Nélio Mendonça



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
SERVIÇO DE SAÚDE DA RAM, E.P.E.  
**HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL**

**Declaração**

Miguel Raposo de Sousa Jorge Silva, médico licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral, declara, por sua honra, que o aluno João Diogo Costa Batista Pereira, o acompanhou nas suas actividades médicas diárias, tendo participado com interesse nas mesmas. O período que esteve no Nosso Serviço, de 11/08/2009 a 29/08/2009, foi de aproximadamente 100 horas e trinta minutos.

Por ser verdade e me ter sido pedido passo e assino a presente declaração.

Funchal, 14 de Outubro de 2009