



MANEJO E EVOLUÇÃO DE DEISCÊNCIA DE FERIDA OPERATÓRIA EM RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO PÓS ENTEROCOLITE NECROSANTE

Valderi Luiz Pereira Neto; Roberta Duarte Pinheiro; Vitória Chaves de Souza Dantas de Barros; Danielle Cintra Bezerra Brandão;

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco (luizvalderib@gmail.com)

Introdução:

A prematuridade ainda possui relevante morbimortalidade no Brasil. O recém-nascido imaturo extremo (idade gestacional inferior a 28 semanas) com peso extremamente baixo ao nascer (< 1.000 g) é predisposto a diversas situações anormais, dentre elas, encontra-se a enterocolite necrosante (ECN), descrita como uma doença inflamatória do trato gastrointestinal que inicia na mucosa intestinal, podendo atingir a submucosa e progredir para a necrose completa da parede, que por sua vez, evolui para a perfuração, requerendo tratamento cirúrgico (CAMPOS JÚNIOR, 2014; GLASS, 2015).

Cerca de 90% dos casos de ECN ocorrem em bebês prematuros, com incidência inversamente ligada ao peso e à idade gestacional. A ECN é a emergência gastrointestinal adquirida mais comum que afeta os RN. Aproximadamente 1/3 dos casos necessita de tratamento cirúrgico, cujas as opções são altamente variáveis. Embora a mortalidade global da ECN tenha declinado nos últimos anos, ainda permanece alta nos bebês que requerem cirurgia, entre 20 e 50% (CAMPOS JÚNIOR, 2014; SHARMA, 2013).

O principal objetivo desse estudo é analisar o manejo de deiscência da ferida pós-operatória pós enterocolite necrosante de um recém-nascido prematuro extremo de extremo baixo peso ao nascer.

Metodologia:

As informações foram obtidas através da coleta e análise de dados contidos em prontuário médico, coligado ao exame do sujeito da pesquisa, após consentimento de seus responsáveis.

Descrição:

Trata-se de um recém-nascido (RN) do sexo masculino, com peso de nascimento de 995g às 27 semanas de idade gestacional. No nono dia de vida o mesmo evoluiu com enterocolite necrosante (ECN) e perfuração intestinal. O RN foi submetido a laparotomia, enterectomia e à



confecção de 2 ileostomias. No oitavo dia pós-cirurgia o prematuro evoluiu com deiscência de dois pontos de lado esquerdo com área de tecido fibrinoso e secreção amarelada em quantidade moderada (Fotografia 1), em seguida foi iniciado curativo com alginato de cálcio uma vez ao dia.



Fotografia 1 - Deiscência de dois pontos de lado esquerdo com área de tecido fibrinoso e secreção amarelada em quantidade moderada. Fonte — Os autores (2017).

Após a progressão total de deiscência, percebe-se área extensa com presença de tecido fibrinoso, exsudativo. Nesse momento o curativo com alginato de cálcio passa a ser realizado com intervalo de doze horas (12/12h). Em seguida, observa-se diminuição de fibrina e secreção, bem como aproximação de bordas.

No vigésimo terceiro dia, ao renovar curativo, percebeu-se alça intestinal em ferida operatória. Após avaliação, constatou-se ferida com deiscência de pontos de pele e aponeurose parcial com presença de alça intestinal integra eviscerada (Fotografia 2). Na qual foi mantida a conduta conservadora com vigilância quanto ao rompimento de alça. Houve dificuldade na realização do curativo em vista que a ileostomia esquerda drenava fezes para dentro da FO. O curativo com alginato foi suspenso, para que o curativo com mepilex transfer fosse iniciado sempre que curativo se encontrasse sujo. No mesmo dia, foi observado ruptura de alça intestinal eviscerada com saída de efluentes dentro da ferida operatória. Em decorrência dessa ruptura, o curativo foi realizado a cada 12h, ou sempre que se encontrasse sujo, com mepilex transfer.



Fotografia 2 — Ferida com deiscência de pontos de pele e aponeurose parcial com presença de alça intestinal íntegra eviscerada. Fonte — Os autores (2017).

No vigésimo oitavo dia pós cirurgia, foi realizado o desbridamento superficial, para a remoção do tecido desvitalizado e o favorecimento da cicatrização. A ferida encontrava-se com presença de tecido de granulação e epitelização de bordas. Onde percebeu-se necrose na área superior a fistula (alça eviscerada) (Fotografia 3). Nesse momento, o curativo está sendo realizado mais de duas vezes por dia, devido o derramamento de fezes por ileostomia esquerda em ferida.



Fotografia 3 — Necrose em área superior a fistula (alça eviscerada). Fonte — Os autores (2017).

No trigésimo primeiro dia, continuou-se o uso de mepilex nos curativos de 12/12h. O RN evolui com necrose parcial, visto que a ferida encontra-se com bordas em processo de epitelização, e percebeu-se que o centro da ferida está com área necrótica (Figura 4). Onde foi associado hidrogel na área de necrose.



Fotografia 4 — Centro da ferida com área necrótica. Fonte — Os autores (2017).

No trigésimo quinto dia (04/04) a ferida e a necrose apresentam-se em regressão com aproximação de bordas importante (Fotografia 5). Os curativos utilizados são: hidrogel e mepilex, onde foi feita a troca de curativo sempre que o mesmo se encontrasse sujo.



Fotografia 5 — Ferida e necrose em regressão com aproximação de bordas importante. Fonte — Os autores (2017).

No quadragésimo segundo dia (11/04) a ferida encontra-se praticamente fechada (Fotografia 6). Onde foi suspenso uso de mepilex, e iniciado o curativo com óleo a base de ácidos graxos essenciais (AGE) na área em granulação.



Fotografia 6 — Ferida praticamente fechada. Fonte — Os autores (2017).

No sexagésimo dia pós cirurgia (28/04), a ferida encontrou-se totalmente cicatrizada (Fotografia 7). Onde foi iniciado uso de hidrocolóide em áreas periestoma para colocação de bolsas de colostomias.



Fotografia 7 — Ferida totalmente cicatrizada. Fonte — Os autores (2017).

Com quarenta e dois dias pós-deiscência a ferida evolui com cicatrização total por intensos cuidados diários de toda equipe. Após novo procedimento cirúrgico para reconstrução

do trânsito intestinal de ileostomia direita e fistulada, o lactente apresenta o abdome totalmente cicatrizado pós-segunda cirurgia (Fotografia 8).



Fotografia 8 — Abdome totalmente cicatrizado pós-segunda cirurgia. Fonte — Os autores (2017).

Discussão:

É importante discutir sobre o manejo e a evolução da deiscência da ferida operatória, incluindo os curativos utilizados na recuperação do RN, pois a mortalidade global da ECN permanece alta nos bebês que requerem cirurgia, entre 20 e 50% (CAMPOS JÚNIOR 2014). No caso relatado a presença das duas ostomias e a evisceração da terceira dificultou a cicatrização devido aos efluentes que drenavam para dentro da ferida.

O curativo de alginato de cálcio, que foi introduzido no oitavo dia pós cirurgia, proporciona um meio úmido sobre a superfície da ferida, promovendo o desbridamento autolítico e absorvendo o excesso de exsudato. Concluímos que seu uso foi apropriado, já que oferece um meio adequado para o processo de cicatrização (FRANCO, 2008).

Nesse contexto, o mepilex transfer é um curativo de espuma fina e fortemente adaptável anatomicamente. Esse curativo foi essencial para a recuperação do recém-nascido, pois sua camada de silicone suave selou as bordas da ferida, impedindo que as fezes, transbordem na pele íntegra perilesional, minimizando, assim, o risco de maceração e infecção. Vale ressaltar a importância do hidrogel com alginato, que promoveu o desbridamento autolítico e mecânico, regredindo a necrose e aproximando as bordas da ferida (FRANCO, 2008).

Depois que o mepilex cumpriu seus objetivos, o seu uso foi suspenso, onde iniciou-se por volta do quadragésimo segundo dia, o curativo com óleo vegetal composto por ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitaminas A, E e lecitina de soja na área em granulação. O mesmo atua promovendo quimiotaxia e angiogênese, mantendo o meio úmido e acelerando o processo de granulação tecidual. A aplicação tópica em pele íntegra tem grande absorção, forma



uma película protetora na pele, previne escoriações devido a alta capacidade de hidratação e proporciona nutrição celular local (FRANCO, 2008).

Conclusão:

A partir desse relato, conclui-se que é fundamental oferecer todo o aparato necessário ao paciente, para então, obter-se melhores resultados na evolução do mesmo, sobretudo em casos complexos que envolvem prematuridade extrema e extremo baixo peso ao nascer. Serão necessários mais estudos sobre o assunto, que descreva o manejo e a cicatrização com sucesso da deiscência de ferida operatória, em casos como este. Pois mesmo que a mortalidade da enterocolite necrosante tenha melhorado nos últimos anos, ainda continua alta nos casos que requerem cirurgia. Além do mais, é válido salientar que o comprometimento da equipe foi essencial e diferencial para o sucesso e evolução do paciente.

Referências Bibliográficas:

CAMPOS JÚNIOR, D; BURNS, D. A. R.; LOPEZ, F. A. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 3ª Edição. São Paulo: Manoele, 2014.

GLASS, Hannah C. et al. Outcomes for Extremely Premature Infants. *Anesthesia & Analgesia*, [s.l.], v. 120, n. 6, p.1337-1351, jun. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1213/ane.0000000000000705>.

SHARMA, Renu; HUDAK, Mark Lawrence. A Clinical Perspective of Necrotizing Enterocolitis. *Clinics In Perinatology*, [s.l.], v. 40, n. 1, p.27-51, mar. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2012.12.012>.

FRANCO, Diogo; GONCALVES, Luiz Fernando. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 203-206, June 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912008000300013&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912008000300013>.