

SÍNDROME DO INTESTINO CURTO: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 42 PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO¹

Gisela Mishima MACEDO²
Lucimara da Silva LIMA²
Ursula Rohr SGARBIERI²
Júlio César M. dos SANTOS³
José Joaquim R. da ROCHA³
José Ernesto dos SANTOS⁴

RESUMO

Foram analisados os prontuários de 42 pacientes (26 homens e 16 mulheres) submetidos à ressecção intestinal durante o período de 1979-1987. A causa mais freqüente de ressecção intestinal foi a trombose mesentérica seguida pelo volvo. A maior incidência ocorreu aos 30-50 anos. A taxa global de mortalidade foi 57% e as principais "causas de mortalidade" foram os distúrbios metabólicos (56%) e a sepse (30%).

Termos de indexação: Síndrome do intestino curto, suporte nutricional, evolução nutricional.

1. INTRODUÇÃO

A síndrome do intestino curto é um estado que se caracteriza por má absorção intestinal e posteriormente desnutrição provocada pela ressecção extensa do intestino delgado podendo também às vezes incluir

(1) Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), nos Departamentos de Clínica Médica e Cirurgia, Ortopedia e Traumatologia.

(2) Nutricionista Residente, Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), USP, 14090 Ribeirão Preto, SP.

(3) Professor Assistente Doutor, Departamento de Cirurgia, Ortopedia e Traumatologia, FMRP.

(4) Professor Associado, Departamento de Clínica Médica, FMRP.

uma parte ou todo o intestino grosso (TILSON, 3). As causas mais comuns que determinam perda extensa do intestino adulto são: a vasculopatia mesentérica, o volvo da porção intestinal média, as hérnias internas ou externas encarceradas, a obstrução intestinal e a doença de Crohn (STORE, 4). Em crianças, as causas principais são: a enterocolite necrotizante, o volvo intestinal, as atresias intestinais congênitas e adquiridas e as lesões traumáticas. De maneira geral, as crianças têm um potencial compensatório maior que os adultos (STUART et al., 5).

A ressecção extensa do intestino delgado com conseqüente diminuição da capacidade de absorção pode acarretar deficiência no aproveitamento dos principais nutrientes: proteínas, hidratos de carbono, lipídios, cátions divalentes e vitaminas lipossolúveis, além de fluidos. Esses defeitos de absorção dependem tanto da extensão do segmento intestinal residual, como da preservação ou não da válvula ileocecal, pois parece que esta participa de maneira importante na regulação do trânsito intestinal, atuando como esfíncter de importância fisiológica, determinando o tempo de trânsito intestinal e servindo também como barreira contra o supercrescimento de microorganismos no intestino grosso. Outros fatores adicionais como a hipersecreção gástrica, a insuficiência pancreática e a deficiência de sais biliares podem agravar a má absorção, levando à desnutrição protéico-calórica (TILSON, 3).

O presente trabalho teve por objetivo documentar a evolução clínica do grupo de pacientes que sofreram ressecção intestinal, internados no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, SP, no período de 1979-1987.

2. ESTUDOS CLÍNICOS

Foram analisados os prontuários de 42 pacientes submetidos à ressecção intestinal durante o período de 1979-1987, sendo 26 homens e 16 mulheres, com idade de 1-87 anos, sendo mais freqüente no sexo masculino, na faixa etária de 30-50 anos. A principal causa da ressecção foi a trombose mesentérica, seguida pelo volvo do intestino delgado.

Os pacientes analisados foram divididos em três grupos, de acordo com a extensão da ressecção cirúrgica:

Grupo I: (3 casos) – Ressecção total do intestino delgado;

Grupo II: (14 casos) – Ressecção extensa (superior a 70% do intestino delgado);

SÍNDROME DO INTESTINO CURTO...

G. M. MACEDO et al.

Grupo III: (25 casos) — Ressecção moderada (inferior a 70% do intestino delgado).

Desses pacientes, 21 receberam nutrição parenteral total (NPT) no pós-operatório imediato, verificando-se relação direta da extensão da ressecção cirúrgica com a necessidade da instituição desse tipo de suporte nutricional, respectivamente 100% no GI, 53% no GII, e 40% no GIII. Dentre os pacientes que receberam NPT, o tempo médio com esse suporte foi 26 dias, em alguns casos associados à alimentação por via enteral ou oral, estimulando a adaptação intestinal (hiperplasia da mucosa).

Nos demais pacientes, a dieta instituída no pós-operatório foi a líquida, geralmente isenta de lactose, pobre em fibras, com gordura de coco ou triglicérides de cadeia média (TCM). A prescrição foi gradativamente modificada no sentido de aumentar a consistência e a apresentação, de acordo com a adaptação individual.

A taxa de mortalidade global foi 57% sendo 100, 85 e 36% para os grupos I, II e III respectivamente. A principal "causa mortis" foi o distúrbio metabólico (54%) seguido de sepse (30%) (Tabela 1).

Tabela 1. Mortalidade dos pacientes enterectomizados

Grupos	Tipo de Ressecção	Casos nº	Óbitos nº	Vivos nº
I	Total	3	3	—
II	Extensa	14 ¹	12 ¹	2
III	Moderada	25 ²	9	16
Total		42	24	18

(1) Sete pacientes sem válvula ileocecal.

(2) Cinco pacientes sem válvula ileocecal.

No período de oito anos, em que este estudo foi realizado, apenas em um caso foi administrada nutrição parenteral domiciliar. O paciente, na época com 19 anos e diagnóstico de volvo de delgado, foi submetido à ressecção extensa do intestino e esteve hospitalizado durante dois anos com NPT associada à alimentação por via oral. Na ocasião de sua alta, foi mantida a NPT por mais três meses, quando então veio a falecer

SÍNDROME DO INTESTINO CURTO...
G. M. MACEDO et al.

por tamponamento cardíaco causado por perfusão atrial direita, provocada pelo cateter de Broviak.

A maioria dos 18 pacientes enterectomizados que recebeu alta hospitalar encontra-se em regular estado geral, apresentando, porém, algumas deficiências nutricionais, como de vitaminas B₁₂ e K e de ferro, sendo que alguns deles receberam periodicamente suplementação intravenosa.

Do total de pacientes, 4 eram crianças com idade média de 2 anos e 5 meses, com diagnóstico de obstrução intestinal por bolo de *Ascaris lumbricoides*. A taxa de mortalidade foi de 25% (GII). Os demais encontram-se em regular estado geral, verificando-se apenas em um deles um déficit de crescimento.

O tempo médio de seguimento dos pacientes que receberam alta hospitalar até o presente momento é 84 meses.

3. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A adaptação do intestino delgado foi bem documentada por DOWLING (2). Após a ressecção do intestino delgado, o intestino residual começa a dilatar-se e a largura das criptas e a altura das vilosidades aumentam como resultado da hiperplasia da mucosa.

Os mecanismos responsáveis pela adaptação são múltiplos e complexos, parecendo estar envolvidos principalmente com a nutrição intraluminal. A presença de nutrientes na luz do intestino parece ser fator importante não só para respostas normais de adaptação como também para a manutenção da massa intestinal normal. Outros fatores parecem estar envolvidos, como as secreções endógenas e os fatores hormonais, sendo o entéroglicogênio o hormônio trófico mais provavelmente envolvido. Dentre os mecanismos citados, parece que os estímulos luminiais exercem o efeito predominante.

Há muito tempo é objeto de interesse o comprimento intestinal remanescente mínimo compatível com uma eventual adaptação mínima para manutenção da vida. Estudos sugerem sérias conseqüências nutricionais caso se perca mais de 70% do intestino especialmente se a ressecção incluir o íleo e a junção ileocecal (TILSON, 3).

O íleo é um remanescente superior ao jejuno devido ao seu potencial de adaptação significativamente maior tanto no homem quanto em animais experimentais (STUART et al., 5).

SÍNDROME DO INTESTINO CURTO...
G. M. MACEDO et al.

Desde 1972, quando WILMORE (6) sugeriu que fosse iniciada a técnica de nutrição parenteral para melhorar a sobrevivência de pacientes com síndrome do intestino curto, inúmeros trabalhos vêm mostrando o benefício dessa modalidade de suporte nutricional neste grupo de paciente, principalmente nos primeiros dias de pós-operatório (BIASCO et al., 1). É, portanto, de fundamental importância a associação da alimentação intravenosa com a alimentação por via oral e/ou enteral para restabelecimento do estado nutricional desses pacientes.

Nosso estudo sugere que o suporte nutricional instituído aos pacientes enterectomizados, similar ao preconizado na literatura, deve ter contribuído para a evolução satisfatória deles, confirmando assim a necessidade do acompanhamento intensivo da equipe multidisciplinar (médicos, nutricionistas, enfermeiras) nos cuidados especiais dispensados a esse tipo de paciente.

Ressalta-se ainda a importância do acompanhamento diário, desde a instalação da nutrição parenteral total até a reintrodução alimentar com acompanhamentos periódicos.

ABSTRACT

SHORT-BOWEL SYNDROME: FOLLOW-UP OF 42 PATIENTS ADMITTED TO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO (SP)

The files of 42 patients (26 men and 16 women) with intestinal resection during the period of 1979-1987 were reviewed. The main cause for resection was mesenteric thrombosis followed by volvulus. Incidence was predominant in males from 30-50 years old. Global mortality was 57% and main causes of death were metabolic disorders 56% and sepsis 30%.

Index terms: *Short-bowel syndrome, nutritional support, nutritional follow-up.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIASCO, G. et al. Intestinal morphological changes during oral refeeding in a patient previously treated with total parenteral

SÍNDROME DO INTESTINO CURTO...
G. M. MACEDO et al.

- nutrition for small bowel resection. **American Journal of Gastroenterology**, Baltimore, **79**(8): 585-8, 1984.
2. DOWLING, R. H. Small bowel adaption and its regulation. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**, Oslo, **17**: 53-64, 1982.
 3. TILSON, M. D. Pathophysiology and treatment of short bowel syndrome. **Surgical Clinics of North America**, Philadelphia, **60** (5): 1273-84, 1980.
 4. STORE, E. H. Intestino delgado. In: SCHWARTZ, S. Spencer. **Storer Cirurgia**. Guanabara Koogan, 1981. p. 1249-71.
 5. STUART, F. A. et al. Improved survival in a very short small bowel of infancy with use of long term parenteral nutrition. **Journal of Pediatrics**, St. Louis, **107** (4): 521-25, 1985.
 6. WILMORE, D. W. Factors correlating with sucessfull outcome following extensive intestinal resection in new born infants. **Journal of Pediatrics**, St. Louis, **80**: 88-93, 1980.