



SÍNDROME DE REALIMENTAÇÃO EM DOENTE COM TUMOR PANCREÁTICO OBSTRUTIVO: UMA COMPLICAÇÃO EMERGENTE DA NUTRIÇÃO ARTIFICIAL EM ENFERMARIA DE GASTROENTEROLOGIA

Refeeding syndrome in a patient with an obstructive pancreatic cancer: an emerging complication of artificial nutrition in the gastroenterology ward

Marta PATITA¹®, Gonçalo NUNES^{1,2,3}®, Manuela CANHOTO¹®, Jorge FONSECA^{1,3}®

INTRODUÇÃO

A síndrome de realimentação (RS) é condição com risco de vida, descrita pela primeira vez em prisioneiros desnutridos graves da Segunda Guerra Mundial¹. Essa síndrome é definida como mudanças de eletrólitos e fluidos associadas à anormalidades metabólicas desenvolvidas durante o suporte nutricional. A marca registrada da RS é a hipofosfatemia, mas também inclui hipomagnesemia, hipocalcemia, deficiências de vitaminas, metabolismo anormal da glicose e retenção de líquidos. O jejum prolongado é o fator de risco mais importante e a RS pode ser precipitada por nutrição oral, enteral ou parenteral^{4,5}.

Os autores descrevem um caso de RS na enfermaria de gastroenterologia exemplificando a importância do reconhecimento dessa condição subnotificada em pacientes com doença digestiva em terapia nutricional.

RELATO DO CASO

Mulher de 82 anos foi internada por vômitos recorrentes durante 10 dias. Seu histórico médico anterior incluía doença cerebrovascular, diabetes e hipertensão. Na admissão hospitalar apresentava-se febril, desidratada e com baixo índice de massa corporal (20,8 kg/m²). A avaliação inicial revelou lesão renal aguda (creatinina 4,1 mg/dl), hipocalcemia (K+ 3,2 mg/dl), hiperfosfatemia (Pi 5,4 mg/dl) e sódio e magnésio séricos normais. A reposição de líquidos e eletrólitos foi iniciada imediatamente, mas o vômito persistiu. A sondagem nasogástrica revelou estase (1800 cc/24 h) e endoscopia digestiva alta detectou estreitamento do lúmen na segunda/terceira porções do duodeno. Tomografia computadorizada identificou uma massa heterogênea na cabeça do pâncreas causando dilatação do ducto de Wirsung e compressão duodenal (Figura 1). A ressecção cirúrgica foi descartada devido à idade avançada e baixo desempenho. Foram programados cuidados paliativos com colocação de stent metálico autoexpansível gastroduodenal (SEMS).

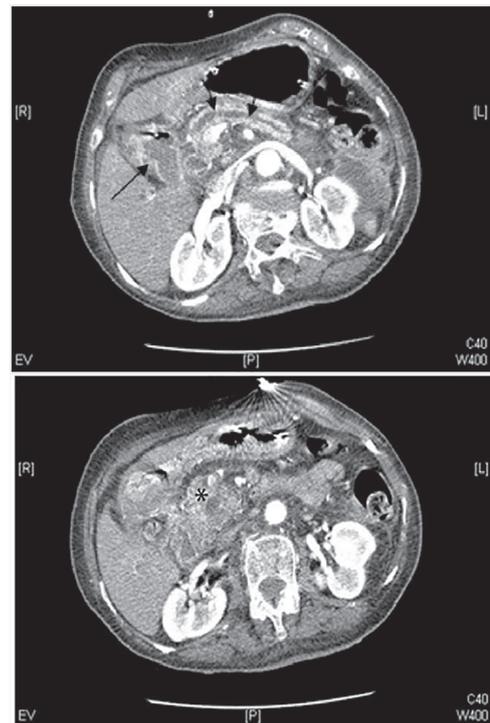


FIGURA 1 - Tomografia computadorizada de abdome mostra massa heterogênea da cabeça do pâncreas (*), o que leva a dilatação acentuada do ducto de Wirsung e duodeno (setas)

Como a paciente apresentava desnutrição proteico/energética e não foi possível colocar o stent imediatamente para retomar a alimentação oral, foi instituída nutrição parenteral total (NPT) por cateter central, após correção da hipocalcemia e suplementação preventiva com fósforo intravenoso. Nosso departamento de gastroenterologia possui um protocolo para o início gradual da



www.facebook.com/abcdrevista



www.instagram.com/abcdrevista



www.twitter.com/abcdrevista

Trabalho realizado no ¹Hospital Garcia de Orta, Gastroenterology, Almada, Almada, Portugal; ²Universidade do Porto, ICBAS-UP, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Porto, Portugal; ³CiiEM, Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz, PaMNEC, Grupo de Patologia Médica, Nutrição e Exercício Clínico, Almada, Monte da Caparica, Portugal.

DESCRIPTORIOS: Síndrome da realimentação. Nutrição parenteral. Neoplasias pancreáticas
HEADINGS: Refeeding syndrome. Parenteral nutrition. Pancreatic neoplasms.

Como citar esse artigo: Patita M, Nunes G, Canhoto M, Fonseca J. Síndrome de realimentação em doente com tumor pancreático obstrutivo: uma complicação emergente da nutrição artificial em enfermaria de gas-troenterologia. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2021;34(3): e1589. DOI: /10.1590/0102-672020190004e1589

Correspondência:

Gonçalo Nunes
E-mail: goncalo.n@hotmail.com;
goncalo.n@hotmail.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesse: não há
Recebido para publicação: 22/01/2020
Aceito para publicação: 17/12/2020

NPT, começando com 25% das necessidades energéticas com aumento progressivo durante a primeira semana. Porém, ela foi iniciada no final de semana e o protocolo não foi aplicado por erro institucional e redução do acompanhamento. Assim, foram administradas 25 kcal/kg nas primeiras 24 h, o que correspondeu a 100% das necessidades energéticas. Após o primeiro dia de NPT, a paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, mioclonia, taquicardia sinusal, polipneia, derrame pleural e edema periférico. Hipofosfatemia (Pi 0,6 mg/dl), piora da hipocalcemia (K+ 2,7 mg/dl), hipomagnesemia (Mg2+ 0,9 mg/dl) e hipernatremia (Na+ 162 mg/dl) foram detectados nos exames de sangue. O diagnóstico de RS foi assumido e o erro de prescrição de NPT foi prontamente identificado. A NPT foi interrompida imediatamente, a suplementação de tiamina e hidratação intravenosa intensiva com reposição e monitoramento de eletrólitos foram implementados. Três dias depois, o equilíbrio hidroeletrólítico foi alcançado e o estado neurológico foi recuperado com resolução completa das manifestações clínicas. O stent SEMS gastroduodenal foi colocado e a alimentação oral retomada. A realimentação foi realizada com dieta oral para suprir inicialmente 10% das necessidades energéticas, chegando a 100% no 7º dia, sem complicações adicionais.

DISCUSSÃO

Vários distúrbios na enfermaria de gastroenterologia podem induzir perda de peso significativa e desequilíbrio hidroeletrólítico, incluindo tumores obstrutivos que causam disfagia e vômitos. No entanto, RS permanece pouco reconhecida com incidência desconhecida e sem critérios diagnósticos bem estabelecidos^{1,4}. As alterações metabólicas, em particular hipofosfatemia e hipocalcemia, podem ser fatais. Fósforo e potássio séricos baixos podem induzir eventos cardiorrespiratórios graves, como insuficiência cardíaca, arritmias e fraqueza dos músculos respiratórios, e anormalidades neurológicas como parestesia, mioclonia e convulsões⁴.

Para gerenciar RS, a maioria dos autores usa as evidências descritas pelas diretrizes do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE)². Na verdade, nosso paciente apresentava alto

risco para RS devido à baixa ingestão por pelo menos 10 dias e ao baixo potássio sérico basal^{2,4}. O suporte nutricional deveria ser iniciado, de acordo com o protocolo, com no máximo 10 kcal/kg/dia e aumentado lentamente até atingir as necessidades totais em 4-7 dias. O monitoramento cuidadoso dos eletrólitos antes do início da realimentação de NPT e durante os primeiros 10 dias é de extrema importância. Embora o impacto da RS na evolução do paciente, o tempo de internação e a mortalidade não estejam estabelecidos, alguns estudos em pacientes críticos mostraram aumento da mortalidade e maior tempo de internação quando se desenvolve e nossa experiência com pacientes alimentados com gastrostomia endoscópica percutânea estabeleceu aumento da mortalidade de pacientes hipofosfatêmicos^{2,4,3}. Isso destaca a importância da conscientização sobre RS e a necessidade de treinamento de médicos que prescrevem suporte nutricional e farmacêuticos que atuam ativamente na seleção e preparação das bolsas de NPT⁴. As regras para evitar o início da NPT por equipe não treinada e não iniciar durante o fim de semana, quando os pacientes não são monitorados de perto, são altamente aconselháveis. O desenvolvimento de protocolos institucionais e equipes multidisciplinares dedicadas ao suporte nutricional deve ser obrigatório.

REFERÊNCIAS

1. Schnitker MA, Mattman PF, Bliss TL. A clinical study of malnutrition in Japanese prisoners of war. *Ann Intern Med* 1951; 35:69-96.
2. Nunes G, Brito M, Santos CA, Fonseca J. Refeeding syndrome in the gastroenterology practice: how concerned should we be? *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2018 Nov;30(11):1270-1276.
3. Crook MA. Refeeding syndrome: problems with definition and management. *Nutrition*. 2014; 30(11-12):1448-55. doi: 10.1016/j.nut.2014.03.026.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Nutrition support in adults clinical guideline CG32. 2006. Published in: www.nice.org.uk/page.aspx?o=cg032.
5. Nunes G, Brito M, Patita M, Santos CA, Fonseca J. Hypophosphatemia before endoscopic gastrostomy predicts higher mortality during the first week and first month post-gastrostomy: a risk marker of refeeding syndrome in gastrostomy-fed patients. *Nutr Hosp*. 2019; 36(2):247-252.