BJCR
Brazilian Journal of Case Reports

PCAA
Publicações Científicas de Acesso Aberto

Relato de Caso

Técnicas para Tratamento de Fístula Enteroatmosférica de Alto Débito: Relato do Manejo Estagiado com Peritoneostomia a Vácuo de Barker, Nipple VAC e Condom de Rivera em Hospital do Interior da Bahia

Aline Prates Correia [1], Gabriel Kaleb Martins [2,*], Paulo Tsuyoshi Tominaga [2]

[1] Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Regional Dantas Bião, Alagoinhas, Bahia, Brasil.
[2] Faculdade de Medicina, Instituto de Educação Médica, Alagoinhas, Bahia, Brasil.

* Correspondência: kalebmed2000@gmail.com.

Resumo: A fístula enteroatmosférica (FEA) é uma das complicações mais temidas do abdome aberto, combinando risco séptico, deterioração nutricional e desafio de manejo de ferida, agravada em hospitais regionais fora de centros de referência em cirurgia complexa. Descrevemos o esforço terapêutico de uma equipe cirúrgica de hospital regional do SUS no interior da Bahia para conter uma fístula entérica de alto débito (classificação clínica registrada) em abdome congelado, decorrente de apendicite aguda complicada em um homem de 36 anos submetido a múltiplas reoperações. Peritoneostomia a vácuo de Barker, uma modificação em nipple VAC e o condom de Rivera foram empregadas sucessivamente, conforme a evolução da fístula e os insumos disponíveis. Ao longo de catorze semanas (04/10/2024 a 15/01/2025, data do último procedimento documentado), foram realizadas ao menos treze reconfecções de peritoneostomia, associadas a controle de foco infeccioso por Acinetobacter baumannii multirresistente, nutrição parenteral total e acompanhamento multiprofissional diário. Tomografia de controle, 25 dias antes do último procedimento documentado, localizou a fístula na anastomose jejunotransversa, com exteriorização de grande quantidade de contraste oral pela ferida e sem extravasamento para a cavidade livre. O controle local do efluente funcionou como medida de suporte, e não como controle definitivo da fonte, da autonomia enteral ou da reconstrução da parede abdominal, que não foram alcançados no período descrito (dados até 19/01/2025). O relato apresenta ainda as limitações decorrentes de registros incompletos e dos materiais improvisados utilizados.

Palavras-chave: Fístula Enteroatmosférica; Abdome Aberto; Terapia de Pressão Negativa; Peritoneostomia; Sistema Único de Saúde.

Citação: Correia AP, Martins GK, Tominaga PT. Técnicas para Tratamento de Fístula Enteroatmosférica de Alto Débito: Relato do Manejo Estagiado com Peritoneostomia a Vácuo de Barker, Nipple VAC e Condom de Rivera em Hospital do Interior da Bahia. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):bjcr238.

https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr238

Recebido: 11 Agosto 2026
Aceito: 22 Outubro 2026
Publicado: 21 Novembro 2026

Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

A fístula enteroatmosférica (FEA) é uma comunicação entre a luz intestinal e o meio externo que ocorre diretamente através de uma ferida de abdome aberto, sem uma camada interposta de tecido subcutâneo ou parede abdominal íntegra. É considerada uma das complicações mais temidas da cirurgia de controle de danos e do abdome aberto; revisões recentes sobre terapia de pressão negativa (NPWT) em fístulas entéricas relatam mortalidade na faixa de 15% a 30% mesmo em centros de referência [1,2]. Séries contemporâneas com protocolo estruturado de terapia a vácuo alcançaram fechamento completo em 81,8% dos casos e mortalidade de 9%, identificando lesão única, débito ≤700 mL/dia e trajeto profundo como preditores de fechamento espontâneo [3].

A apendicite aguda complicada com peritonite difusa pode evoluir, após reoperações sucessivas, para um abdome congelado, com aderências densas, segmentos intestinais isquêmicos e perda de planos anatômicos seguros, cenário no qual a FEA é particularmente difícil de prevenir e de tratar. Quando esse quadro ocorre em um hospital regional, fora de centros de referência em cirurgia complexa, à dificuldade técnica somam-se as limitações de insumos e de leitos de terapia intensiva próprias de muitos serviços do interior do país. O consenso da World Society of Emergency Surgery (WSES) sobre abdome aberto reconhece que, em cenários de recursos limitados sem outras facilidades disponíveis, o fechamento planejado com enxerto ou fechamento cutâneo permanece opção aceitável (Grau 2C), assim como técnicas de isolamento do efluente para viabilizar a cicatrização [4,5]. A peritoneostomia a vácuo de Barker [6,7], modificações de isolamento como o nipple VAC [1], o método ChimneyVAC [8] e dispositivos não aspirativos como o condom de Rivera [9] são exemplos de ferramentas já descritas para esse tipo de cenário, cada uma com vantagens e limitações que só se revelam plenamente à beira do leito.

A viabilidade de sistemas de NPWT improvisados e de baixo custo já foi demonstrada formalmente: um ensaio clínico randomizado (em feridas não abdominais) comparando um sistema montado localmente ("*AquaVac*", com bomba de aquário, filme plástico, gaze e sondas) ao sistema comercial VAC ATS mostrou eficácia comparável em granulação, redução de área da ferida e dor, a um custo aproximadamente sete vezes menor [10]. Revisão de 2025 sobre NPWT em ambientes de recursos limitados oferece um guia prático de substituição de componentes, reforçando que sistemas improvisados permitem oferecer cuidado baseado em evidência mesmo diante de restrições logísticas e financeiras [11], enquanto a revisão Cochrane sobre NPWT no abdome aberto de pacientes não traumáticos considera incerta a evidência de benefício da NPWT em relação à bolsa de Bogotá [12], o que recomenda cautela ao interpretar sistemas improvisados.

Não foram localizados estudos específicos sobre desfechos de FEA, abdome aberto ou apendicite complicada em hospitais do interior da Bahia ou do Nordeste brasileiro, nem dados publicados sobre a capacidade estrutural de terapia intensiva nessa região aplicados a esse contexto. Essa lacuna é parte do que motiva este relato: registrar, com o detalhamento que os próprios documentos e fotografias do caso permitem, o esforço real de uma equipe de hospital regional do SUS diante de uma complicação de alta letalidade, em um contexto em que a literatura médica brasileira ainda oferece pouca referência direta.

2. Relato de Caso

Um homem de 36 anos foi internado em 04 de outubro de 2024 em hospital regional da rede estadual do SUS, no interior da Bahia (leste baiano), com quadro de abdome agudo por apendicite aguda complicada. Foi submetido, já na admissão, a laparotomia exploradora de urgência, com liberação de aderências e drenagem de uma coleção abdominal, o primeiro de uma sequência de procedimentos que se estenderia por mais de três meses.

Uma semana depois, em 11 de outubro, a evolução para peritonite secundária exigiu nova laparotomia, com lise de aderências, enterectomia segmentar (60 cm a partir do ligamento de Treitz, com sepultamento dos cotos intestinais) e colectomia à direita. Em data não especificada nos registros disponíveis, mas posterior a 11 de outubro e anterior a 05 de novembro, o trânsito intestinal foi reconstruído por meio de nova enterectomia (30 cm de jejuno) e confecção de jejunotransversoanastomose látero-lateral, uma tentativa de devolver continuidade ao tubo digestivo em um abdome já hostil. A data exata, os achados operatórios e a justificativa registrada para essa reconstrução não constam nos documentos disponíveis aos autores, o que é considerado uma limitação deste relato.

Essa tentativa não se sustentou. Em 05 de novembro, nova laparotomia encontrou um abdome congelado, sem possibilidade de identificação segura das alças intestinais, e um local suspeito de fístula enteroatmosférica. A equipe realizou drenagem do abscesso

pélvico, lavagem copiosa da cavidade e passagem de uma sonda de Foley pelo trajeto fistuloso suspeito, na tentativa de mapear e conter a lesão antes de suturar novamente apenas a pele (nylon 3-0), com curativo oclusivo, ainda sem lançar mão, nesse momento, de uma peritoneostomia formal. Em 08 de novembro, segundo o resumo clínico da equipe, foi realizada nova lavagem da cavidade com colocação de dreno tubular no trajeto fistuloso. A Figura 1 mostra um fechamento temporário com bolsa plástica utilizado durante a internação.

Figure 1. Fechamento temporário do abdome com bolsa plástica graduada suturada às bordas da ferida (técnica tipo silo), com dreno tubular exteriorizado.



Cinco dias depois, em 10 de novembro, a suspeita se confirmou: o abdome permanecia congelado e havia agora uma fístula entérica de alto débito (classificação clínica registrada pelos cirurgiões, sem registro do débito diário nos documentos disponíveis aos autores), com grande quantidade de secreção entérica livre na cavidade e um dreno tubulolaminar já alojado no trajeto fistuloso, além de aponeurose aberta sem plano de clivagem.

Diante desse cenário, a equipe recorreu à peritoneostomia a vácuo de Barker como fechamento temporário: após lavagem vigorosa, a cavidade foi empacotada com três compressas úmidas em contato com as alças, múltiplas esponjas de clorexidina (produto não especificado no registro), um dreno suctor posicionado entre as esponjas e mais três compressas úmidas por cima; a pele foi suturada (nylon 2-0) e o conjunto foi selado sob um esterodrape conectado a vácuo. Essa passou a ser a base do manejo do abdome aberto, e seria refeita, com variações impostas pela evolução da fístula, pelo menos mais doze vezes ao longo dos dois meses e meio seguintes: em 14, 16, 18, 21 e 24 de novembro; em 2, 9, 10, 14 e 23 de dezembro; em 1º e 6 de janeiro; e, pela última vez, em 15 de janeiro de 2025. A Figura 2 mostra um curativo oclusivo sobre a parede abdominal.

Entre essas reconfecções, a equipe precisou adaptar a técnica à medida que a fístula se tornava mais difícil de conter. Por volta de 2 e 9 de dezembro, o curativo passou a incorporar uma modificação em nipple VAC: uma pequena abertura era feita na folha de

polietileno diretamente sobre o orifício fistuloso, e um segmento da própria folha era invertido através dela, formando uma espécie de bico que era fixado à serosa intestinal ou à margem da fístula, desviando o efluente entérico para longe do leito da ferida e da esponja de sucção, uma tentativa de proteger a granulação ao redor sem abrir mão do vácuo.

Figura 2. Curativo oclusivo sobre a parede abdominal, com compressas cobertas por filme plástico adesivo e dreno tubular exteriorizado.



Mais adiante, em 26 de dezembro, quando o isolamento a vácuo deixou de ser sustentável, a equipe recorreu ao condom de Rivera: um dispositivo de látex foi adaptado sobre a fístula (sobre cateter posicionado no trajeto fistuloso, conforme a Figura 3; bolsa coletora na Figura 4) para direcionar o efluente, por gravidade, a uma bolsa coletora externa, dispensando a necessidade de um selo hermético a vácuo e da manutenção contínua de sucção.

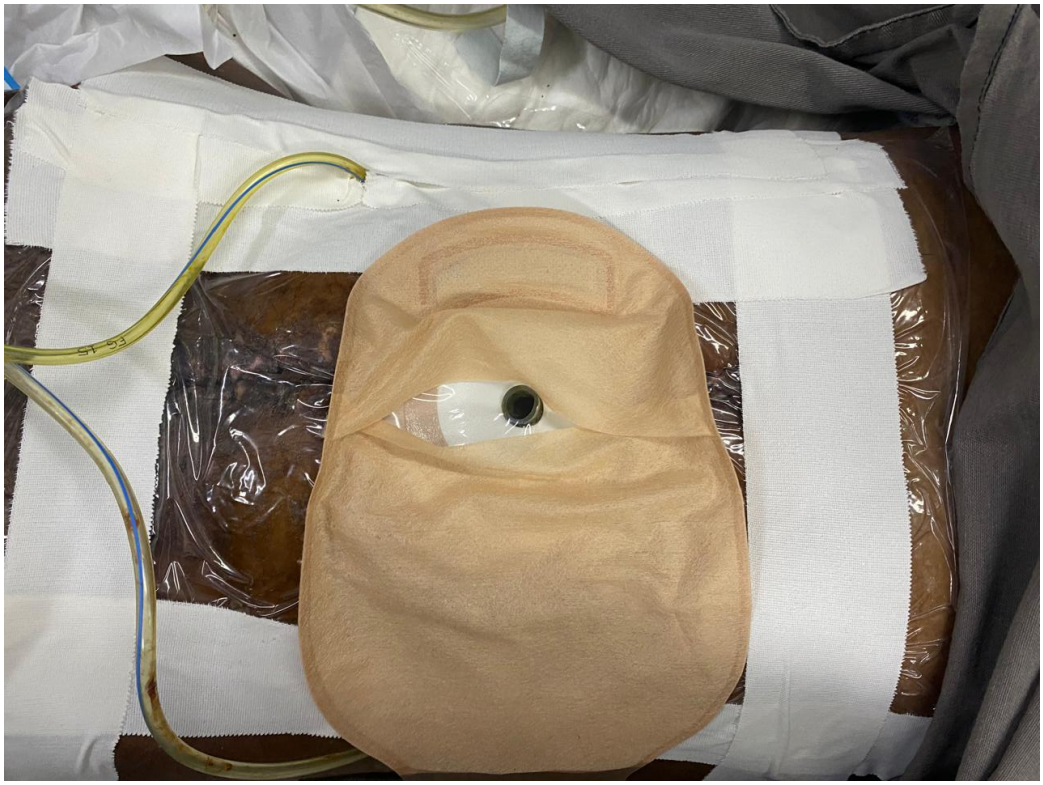
Paralelamente ao manejo da ferida, a equipe conduzia o controle do foco séptico e o suporte nutricional. Uma cultura de 12 de novembro identificou colonização por Acinetobacter baumannii sensível a polimixina, levando à instituição de precaução de contato e a um curso dirigido de polimixina B associada a amicacina, entre 20 de novembro e 2 de dezembro. O paciente permaneceu em nutrição parenteral total quase exclusiva durante grande parte da internação, enquanto se aguardava uma fórmula especializada, e foi acompanhado diariamente pelas equipes de nutrição, fisioterapia motora, curativos e psicologia, um suporte multiprofissional sustentado por catorze semanas em um serviço fora dos grandes centros urbanos.

O resumo clínico da equipe registra a orientação de mensurar o débito em bolsa coletora e a anotação 'vácuo: 1000 mL', sem período de referência; não há registro do volume diário, e a expressão alto débito refere-se à classificação clínica dos cirurgiões, e não a um limiar medido. As metas calóricas e proteicas e o esquema de reposição de eletrólitos não constam nos documentos disponíveis aos autores. Os exames anatomopatológicos dos segmentos ressecados, em 22 e 31 de outubro, confirmaram apenas inflamação aguda e peritonite crônica inespecífica, sem sinais de neoplasia.

Figura 3. Dispositivo de látex (condom de Rivera) adaptado sobre cateter posicionado na fístula, ao longo da incisão mediana com pontos de pele, direcionando o efluente entérico para fora do leito da ferida.



Figura 4. Bolsa coletora tipo ostomia adaptada sobre a fístula, permitindo a captação contínua do efluente entérico de forma independente da ferida ao redor; o volume diário não está registrado nos documentos disponíveis aos autores.



Os exames laboratoriais seriados refletem o desgaste progressivo desse período: a hemoglobina caiu de 7,9 g/dL em 16 de dezembro para 6,5 g/dL em 16 de janeiro; a proteína C-reativa, já elevada em 129,6 mg/L em meados de dezembro, atingiu um pico de 344,9 mg/L em 16 de janeiro, caindo para 86,2 mg/L três dias depois; e a albumina sérica, de 2,8 g/dL em dezembro, é compatível com um estado de desnutrição e catabolismo crônico coerente com a gravidade do quadro. Os demais valores disponíveis estão na Tabela 1; pré-albumina, transferrina e contagem total de linfócitos não estão disponíveis, e não há contagem diferencial de leucócitos nos registros.

Tabela 1. Valores laboratoriais.

Parâmetro	16/12/2024	16/01/2025	17/01/2025	19/01/2025
Hemoglobina (g/dL)	7,9	6,5	7,3	8,0
Hematócrito (%)	—	19	23,3	22,9
Leucócitos (/mm³)	6.160	4.610	5.230	9.930
Plaquetas (/mm³)	272.000	161.000	145.000	178.000
Proteína C-reativa (mg/L)	129,6	344,9	—	86,2
Albumina (g/dL)	2,8	—	—	—
Proteínas totais (g/dL)	5,8	—	—	—
Sódio (mEq/L)	131	140	—	140
Potássio (mEq/L)	3,6	3,5	—	3,4
Magnésio*	1,7	1,8	—	2,1
Cálcio*	8,58	—	—	9,23
Ureia (mg/dL)	29,6	17,1	—	27,6
Creatinina (mg/dL)	0,7	0,8	—	0,8
RNI	1,39	1,0	—	1,16
Bilirrubina total (mg/dL)	—	3,75 (direta 3,73)	—	—

Legenda. (— = não disponível). *Valores transcritos como constam no resumo clínico da equipe, sem unidade explícita. Nenhum outro exame de 16/12/2024 a 19/01/2025 está disponível aos autores.

Uma tomografia de controle, com triplo contraste, realizada em 21 de dezembro, localizou a fístula na anastomose jejuno transversa, com diâmetro máximo de 0,9 cm, comunicando-se com a ferida operatória mediana e exteriorizando grande quantidade do contraste oral, com deiscência cutânea de até 4,3 cm, sem líquido livre significativo e sem extravasamento de contraste para a cavidade abdominal livre. A ausência de extravasamento livre não indica baixo débito: o laudo documenta grande perda externa de contraste, compatível com fístula ativa, o que é coerente com a evolução posterior. A Figura 5 mostra a fístula exposta junto à incisão mediana.

Nova reconfecção de peritoneostomia a vácuo de Barker foi motivada por deiscência de sutura entre o plástico, o dreno e as alças intestinais, com secreção entérica em moderada quantidade e a fístula enteroatmosférica novamente ativa em região de jejuno; não foi possível avaliar os demais órgãos cavitários nesse procedimento. A descrição operatória de 15 de janeiro de 2025 registra, nessa reconfecção, a abertura dos pontos de pele, plástico fenestrado sobre a granulação cavitária e a fístula (registrada como 'estoma'), esponja sobre o plástico, dreno de sucção fenestrado (sonda nº 18) entre eles, quatro compressas dobradas e plástico adesivo selante, 'conforme disponibilidade de insumos neste serviço'. Os últimos dados disponíveis aos autores são exames laboratoriais de 19 de janeiro de 2025; o desfecho do paciente após essa data não consta nos documentos disponíveis, e este relato descreve a evolução apenas até esse ponto.

Figura 5. Fístula enteroatmosférica exposta, junto à incisão mediana com pontos de pele.



Segundo o relato da equipe, as etapas foram construídas da seguinte forma. No nipple VAC: (a) a folha de polietileno era aberta sobre o orifício fistuloso; (b) um segmento da folha era invertido através da abertura, formando um bico; (c) o bico era fixado à serosa intestinal ou à margem da fístula; (d) a esponja de sucção e o dreno permaneciam ao redor, sob o esterodrape, de modo que o efluente era desviado do leito da ferida. No condom de Rivera: (a) um cateter era posicionado na fístula; (b) o dispositivo de látex era adaptado sobre o cateter e a fístula, ao longo da incisão mediana; (c) o efluente era conduzido por gravidade a uma bolsa coletora externa, sem selo a vácuo (Figura 6).

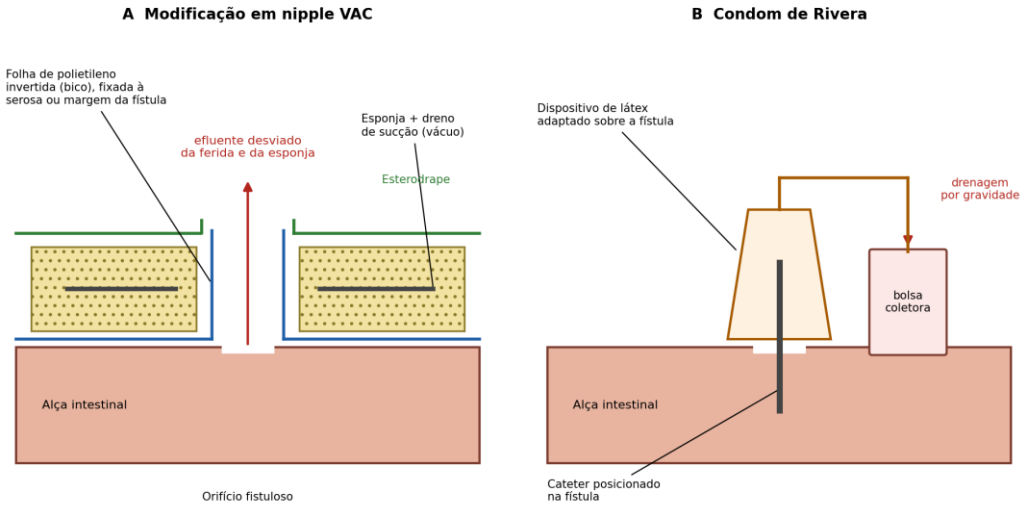
A finalidade de cada etapa, conforme o registro, foi: no Barker, o fechamento temporário com contenção do efluente; no nipple VAC, afastar o efluente da esponja e do tecido de granulação; no condom de Rivera, manter a contenção quando o selo a vácuo deixou de ser sustentável. A disponibilidade de insumos também influenciou as escolhas. As pressões negativas utilizadas e as descrições operatórias de 2 e 9 de dezembro e de 26 de dezembro não constam nos documentos disponíveis aos autores, de modo que esses detalhes se limitam à descrição da equipe.

3. Discussão e Conclusão

Este relato documenta o esforço sustentado de uma equipe cirúrgica de hospital regional do SUS, no interior da Bahia, para conter uma fístula enteroatmosférica em abdome congelado, uma das situações mais adversas da cirurgia abdominal de emergência, agravada, neste caso, pelas limitações estruturais próprias de serviços fora dos grandes centros urbanos. A peritoneostomia a vácuo de Barker, empregada como fechamento temporário desde a confirmação da fístula, é um método amplamente acessível e de baixo custo, característica decisiva em um serviço onde, como o próprio prontuário registra, a reconfecção da ferida era feita "conforme disponibilidade de insumos neste serviço" [6, 7, 13]. Quando o débito da fístula aumentou, a equipe recorreu à modificação em nipple VAC para desviar o efluente da esponja de sucção e do tecido de granulação ao redor, solução

já descrita na literatura internacional para o mesmo problema [1], aqui construída com os materiais disponíveis à beira do leito, e não com dispositivos comerciais dedicados. Quando o selo a vácuo deixou de ser sustentável, a equipe migrou para o condom de Rivera, cuja principal vantagem, neste contexto, foi justamente prescindir de insumos e de manutenção contínua de vácuo, com resultados favoráveis já relatados em séries de estomas complicados e abdome hostil [9].

Figura 6. Representação esquemática ilustrativa, fora de escala, elaborada a partir da descrição da equipe: A. modificação em nipple VAC, com bico de polietileno invertido sobre o orifício fistuloso, desviando o efluente da esponja de sucção e da ferida; B. condom de Rivera, com dispositivo de látex sobre cateter posicionado na fístula e drenagem por gravidade para bolsa coletora.



Essa sequência de adaptações, mais do que a aplicação de um protocolo definido a priori, é o que efetivamente ocorreu: a escolha entre as três técnicas foi determinada, a cada reconfecção, pelo estado da fístula, pela geometria da ferida e pelos insumos disponíveis naquele momento, refletindo uma resposta pragmática às circunstâncias reais do serviço. Essa realidade é coerente com a literatura sobre terapia de pressão negativa em ambientes de recursos limitados: um ensaio randomizado mostrou eficácia comparável entre um sistema improvisado de baixo custo e um dispositivo comercial, a cerca de um sétimo do custo [10], e uma revisão recente descreve opções de componentes improvisados para esses cenários [11], embora a revisão Cochrane sobre NPWT no abdome aberto não traumático considere incerta a evidência de benefício [12]. Não foram localizados, contudo, estudos publicados sobre desfechos de FEA, abdome aberto ou apendicite complicada especificamente no interior da Bahia ou no Nordeste brasileiro, lacuna que, por si, sublinha o valor de registrar em detalhe o esforço real de uma equipe de hospital regional do SUS diante dessa complicação.

Apesar da adaptação técnica sustentada por catorze semanas, a gravidade sistêmica subjacente é apontada na literatura como um dos determinantes do desfecho nesse tipo de complicação. Estudo caso-controle aninhado identificou idade avançada, diabetes e escore SOFA pré-operatório elevado como preditores independentes de mortalidade hospitalar em sepse abdominal cirúrgica, com hipoalbuminemia como fator de risco adicional em subgrupos [14], achado compatível com a hipoalbuminemia e a resposta inflamatória sustentada documentadas neste paciente. Em fístulas entérico-cutâneas com doença crítica crônica, a drenagem por irrigação-sucção ativa iniciada dentro de 24 horas associou-se a mortalidade significativamente menor em relação à drenagem tardia (17,9% vs. 46,9%) [15], e a etiologia da fístula mostrou-se determinante em coorte de dez anos, na

qual fístulas de causas não cirúrgicas tiveram mortalidade de 30,4%, muito superior às relacionadas a cirurgia (2,7%), com desnutrição grave como fator de risco robusto (16).

A WSES detalha ainda fatores de risco específicos para abdome congelado e FEA, fechamento tardio, proteção inadequada das alças intestinais, ressecção colônica durante cirurgia de controle de danos e ressuscitação volêmica superior a 5 L/24h [5], vários dos quais presentes na trajetória deste paciente, marcada por múltiplas reoperações, colectomia e manejo prolongado em abdome aberto. A tomografia de 21 de dezembro localizou a fístula na própria anastomose jejunotransversa, e a reconstrução do trânsito em reoperação precoce, em contexto de peritonite secundária persistente, contraria as recomendações de abdome aberto e controle de danos [5]. Esse conjunto pode ter contribuído para a formação da fístula e do abdome congelado, embora um caso único não permita estabelecer causalidade, e a data e a justificativa registradas dessa reconstrução não estejam disponíveis aos autores.

O controle do efluente entérico obtido com as três técnicas empregadas, peritoneostomia a vácuo de Barker, a modificação em nipple VAC e o condom de Rivera, tem implicações que vão além da proteção mecânica da ferida. Fístulas de alto débito podem gerar perdas diárias de 4 a 7 litros de fluido rico em eletrólitos e proteínas, o que agrava rapidamente a desnutrição e compromete a cicatrização [17]. Ao desviar e conter esse efluente de forma mais previsível, técnicas de isolamento como as empregadas neste caso reduzem a exposição contínua do leito da ferida às secreções entéricas e facilitam a mensuração real do débito, informação que orienta tanto a reposição volêmica quanto a decisão entre nutrição parenteral exclusiva e eventual reintrodução de via enteral [18]. Nesse sentido, o próprio controle local da fístula pode ser entendido como parte da estratégia nutricional, e não apenas como cuidado de ferida: ao limitar as perdas hidroeletrolíticas e proteicas, contribui para conter o catabolismo sustentado, ainda que, como observado nos exames laboratoriais deste paciente, a hipoalbuminemia e o desgaste progressivo mostrem os limites desse controle diante de uma fístula de manejo prolongado.

Em perspectiva crítica, o controle local do efluente deve ser entendido como medida de suporte, uma ponte, e não como sucesso clínico em si. Neste paciente, a contenção do efluente coexistiu com inflamação sistêmica intensa (PCR de até 344,9 mg/L), anemia (hemoglobina de 6,5 g/dL), hipoalbuminemia e dependência de nutrição parenteral, sem controle definitivo da fonte, sem autonomia enteral e sem reconstrução planejada da parede abdominal no período descrito. O controle local, portanto, não equivale a controle sistêmico, e os dados apresentados não permitem afirmar benefício clínico das técnicas empregadas.

Esse caso ilustra, de forma concreta, um problema recorrente da cirurgia de emergência praticada fora dos grandes centros do SUS: a disponibilidade de insumos dedicados de NPWT comercial é irregular, e a equipe precisa decidir, muitas vezes à beira do leito, qual técnica é viável com o que está disponível naquele momento. A alternância entre peritoneostomia a vácuo de Barker, nipple VAC e condom de Rivera, registrada ao longo de catorze semanas, não decorreu de um protocolo predefinido, mas da necessidade de adaptar o tratamento aos recursos existentes a cada reconfecção. Essa lógica é coerente com o que a literatura sobre ambientes de poucos recursos já descreve: sistemas de NPWT montados localmente, com materiais de baixo custo, alcançam desfechos comparáveis aos dispositivos comerciais dedicados a uma fração do custo [10,11], ao passo que a revisão Cochrane sobre NPWT no abdome aberto não traumático considera incerta a evidência de benefício [12]. Em hospitais regionais do SUS, onde a distância dos centros de referência em cirurgia complexa impõe decisões rápidas e autônomas, a inovação técnica à beira do leito, ajustar, testar e documentar soluções com os insumos disponíveis, não é um substituto ideal ao acesso à tecnologia dedicada, mas uma resposta pragmática que pode ser decisiva para sustentar o cuidado de uma complicação de alta letalidade até que o paciente possa ser transferido ou estabilizado.

Quanto à segurança, os sistemas aqui descritos são improvisados e não padronizados: materiais não validados podem gerar pressões negativas imprevisíveis e forças de fricção sobre a parede intestinal, com risco de ampliar defeitos da parede, e as pressões utilizadas não foram registradas. A interface com 'esponjas de clorexidina', cujo produto não está especificado no registro, não é padrão em terapia de pressão negativa, e sua segurança junto a vísceras expostas é desconhecida; no registro, compressas úmidas separavam as esponjas das alças. Essas técnicas são descritas como adaptações improvisadas, e não como recomendação de primeira linha.

Este relato tem limitações: trata-se de um caso único, descrito retrospectivamente a partir de um conjunto incompleto de documentos, ao qual os autores não têm mais acesso. Não estão disponíveis a data exata, os achados operatórios e a justificativa da reconstrução do trânsito intestinal; o produto das esponjas utilizadas; as descrições operatórias de 2 e 9 de dezembro e de 26 de dezembro; as pressões de sucção; o volume diário do efluente, o que impede caracterizar o débito de forma quantitativa; as metas nutricionais e o esquema de reposição de eletrólitos; pré-albumina, transferrina e contagem de linfócitos; e o desfecho do paciente após 19 de janeiro de 2025. Os dispositivos improvisados não foram avaliados de forma comparativa, e nenhuma inferência causal ou de eficácia é possível. A evidência citada sobre sistemas improvisados de NPWT provém de feridas não abdominais, e não de abdome aberto, e não pode ser extrapolada diretamente para este caso.

Em conclusão, este relato documenta o esforço sustentado de uma equipe de hospital regional do SUS no interior da Bahia para conter uma fístula enteroatmosférica em abdome congelado, combinando, ao longo de catorze semanas, peritoneostomia a vácuo de Barker, nipple VAC e o condom de Rivera, conforme a evolução da ferida e os recursos disponíveis a cada momento. Mais do que propor uma técnica ou um protocolo generalizável, este caso mostra que o controle local do efluente funcionou como ponte, e não como controle definitivo da fonte, da autonomia enteral ou da reconstrução da parede abdominal, que não foram alcançados no período descrito; as técnicas improvisadas aqui descritas não são propostas como padrão, e as limitações dos registros disponíveis restringem as conclusões.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: O consentimento informado por escrito foi obtido pelo paciente, e o estudo foi conduzido de acordo com os princípios éticos estabelecidos na Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Pepe G, Chiarello MM, Bianchi V, Fico V, Altieri G, Tedesco S, Tropeano G, Molica P, Di Grezia M, Brisinda G. Entero-cutaneous and entero-atmospheric fistulas: insights into management using negative pressure wound therapy. J Clin Med. 2024;13(5):1279. doi:10.3390/jcm13051279.
2. Marinis A, Gkiokas G, Argyra E, Fragulidis G, Polymeneas G, Voros D. "Enteroatmospheric fistulae" - gastrointestinal openings in the open abdomen: a review and recent proposal of a surgical technique. Scand J Surg. 2013;102(2):61-8.
3. Wainstein DE, Calvi RJ, Rezzonico F, Deforel ML, Perrone N, Sisco P. Management of enteroatmospheric fistula: a ten-year experience following fifteen years of learning. Surgery. 2023;173(4):1079-85. doi:10.1016/j.surg.2022.12.001.
4. Coccolini F, Montori G, Ceresoli M, Catena F, Moore EE, Ivatury R, Biffl W, Peitzman A, Coimbra R, Rizoli S, Kluger Y, Abu-Zidan FM, Sartelli M, De Moya M, Velmahos G, Fraga GP, Pereira BM, Leppaniemi A, Boermeester MA, Kirkpatrick AW, Maier R, Bala M, Sakakushev B, Khokha V, Malbrain M, Agnoletti V, Martin-Loeches I, Sugrue M, Di Saverio S, Griffiths E, Soreide K, Mazuski JE, May AK, Montravers P, Melotti RM, Pisano M, Salvetti F, Marchesi G, Valetti TM, Scalea T, Chiara O, Kashuk JL, Ansaloni L. The role of open abdomen in non-trauma patient: WSES Consensus Paper. World J Emerg Surg. 2017;12:39. doi:10.1186/s13017-017-0146-1.
5. Coccolini F, Roberts D, Ansaloni L, Ivatury R, Gamberini E, Kluger Y, Moore EE, Coimbra R, Kirkpatrick AW, Pereira BM, Montori G, Ceresoli M, Abu-Zidan FM, Sartelli M, Velmahos G, Fraga GP, Leppaniemi A, Tolonen M, Galante J, Razek T, Maier

R, Bala M, Sakakushev B, Khokha V, Malbrain M, Agnoletti V, Peitzman A, Demetrashvili Z, Sugrue M, Di Saverio S, Martzi I, Soreide K, Biffl W, Ferrada P, Parry N, Montravers P, Melotti RM, Salvetti F, Valetti TM, Scalea T, Chiara O, Cimbanassi S, Kashuk JL, Larrea M, Hernandez JAM, Lin HF, Chirica M, Arvieux C, Bing C, Horer T, De Simone B, Masiakos P, Reva V, DeAngelis N, Kike K, Balogh ZJ, Fugazzola P, Tomasoni M, Latifi R, Naidoo N, Weber D, Handolin L, Inaba K, Hecker A, Kuo-Ching Y, Ordonez CA, Rizoli S, Gomes CA, De Moya M, Wani I, Mefire AC, Boffard K, Napolitano L, Catena F. The open abdomen in trauma and non-trauma patients: WSES guidelines. World J Emerg Surg. 2018;13:7. doi:10.1186/s13017-018-0167-4.

6. Brock WB, Barker DE, Burns RP. Temporary closure of open abdominal wounds: the vacuum pack. Am Surg. 1995;61(1):30-5.
7. Smith LA, Barker DE, Chase CW, Somberg LB, Brock WB, Burns RP. Vacuum pack technique of temporary abdominal closure: a four-year experience. Am Surg. 1997;63(12):1102-7.
8. Seternes A, Rekstad LC, Lossius W, Wasmuth HH. A method for treatment of deep and superficial enteroatmospheric fistulas in an open abdomen, ChimneyVAC: ten years experience. World J Surg. 2024;48(5):1066-74. doi:10.1002/wjs.12156.
9. Rivera-Perez MA, Quezada-Gonzalez BK, Quinonez-Espinoza M, Almada-Valenzuela RR. Manejo de estomas complicados y/o abdomen hostil con la tecnica de condon de Rivera. Diez anos de experiencia. Cir Gen. 2017;39(2):82-92.
10. Cocjin HGB, Jingco JKP, Tumaneng FDC, Coruna JMR. Wound-healing following negative-pressure wound therapy with use of a locally developed AquaVac system as compared with the vacuum-assisted closure (VAC) system. J Bone Joint Surg Am. 2019;101(22):1990-8. doi:10.2106/JBJS.19.00125.
11. Luther L, Maxson R, Stinner DJ. Negative pressure wound therapy in resource-limited environments: review and field guide. J Trauma Acute Care Surg. 2025;99(3S Suppl 1):S143-9. doi:10.1097/TA.0000000000004708.
12. Cheng Y, Wang K, Gong J, Liu Z, Gong J, Zeng Z, Wang X. Negative pressure wound therapy for managing the open abdomen in non-trauma patients. Cochrane Database Syst Rev. 2022;(5):CD013710. doi:10.1002/14651858.CD013710.pub2.
13. Montori G, Allievi N, Coccolini F, Solaini L, Campanati L, Ceresoli M, Manfredi R, Corbella D, Ansaloni L. Negative pressure wound therapy versus modified Barker vacuum pack as temporary abdominal closure technique for open abdomen management: a four-year experience. BMC Surg. 2017;17(1):86.
14. Shi Y, Ye X, Ye B, Tao T, Mi W, Lou J. Risk factors for in-hospital mortality in surgical patients with abdominal sepsis in China: a nested case-control study. BMJ Open. 2025;15(4):e092310. doi:10.1136/bmjopen-2024-092310.
15. Jiang Z, Ren J, Ren H, Hong Z, Wang G, Gu G, Wu X. Early active irrigation-suction drainage among enterocutaneous fistulas patients with chronic critical illness: a retrospective cohort study. Am Surg. 2020;86(4):350-6. doi:10.1177/000313482008600431.
16. Gul VO, Destek S, Sahin M. Analyse of patient characteristics and aetiological causes of enterocutaneous fistulas and their impacts on in-hospital mortality: a ten-year retrospective cohort study. Eur J Trauma Emerg Surg. 2025;51:58. doi:10.1007/s00068-024-02733-2.
17. Parli SE, Pfeifer C, Oyler DR, Magnuson B, Procter LD. Redefining "bowel regimen": pharmacologic strategies and nutritional considerations in the management of small bowel fistulas. Am J Surg. 2018;216(2):351-8.
18. Tang QQ, Hong ZW, Ren HJ, Wu L, Wang GF, Gu GS, Chen J, Zheng T, Wu XW, Ren JA, Li JS. Nutritional management of patients with enterocutaneous fistulas: practice and progression. Front Nutr. 2020;7:564379.