**ENTERECTOMIA E ANASTOMOSE PRIMÁRIA NA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA DE HÉRNIA ABDOMINAL ESTRANGULADA: UM RELATO DE CASO**

**Mariana Cardoso Camilo1, Luísa Miranda Loidi2, Liria Maria Daldoso Silva3, João Pedro Zuin do Amaral4**

*Resumo*: Na hérnia abdominal incisional ocorre protrusão de um órgão através de um defeito na parede abdominal decorrente da cicatrização inadequada de incisão prévia. Quando o conteúdo apresenta comprometimento vascular tem-se a hérnia estrangulada, a qual pode evoluir com gangrena/perfuração. A abordagem cirúrgica faz-se essencial nesta situação. Este trabalho objetivou a descrição de um caso de hérnia abdominal estrangulada, cuja abordagem cirúrgica optada foi uma enterectomia segmentar seguida de anastomose primária término-terminal em alças viáveis, a fim de evitar uma colostomia. Paciente de 67 anos, feminino, com quadro de dor abdominal intermitente há 4 dias, de forte intensidade, associada à vômitos, com 7 episódios diários. Constipada há 7 dias, nega flatos e febre. Ruídos hidroaéreos metálicos, abaulamento infraumbilical em cicatriz mediana não redutível, eventração de estruturas abdominais, sem sinais de peritonite no exame físico. Toque retal sem sangramento e fezes. Radiografia exibe distensão de alças e ausência de ar em ampola retal. Tomografia computadorizada indica hérnia na parede abdominal anterior suprapública, com líquido livre e obliteração da gordura no interior do saco herniário. Paciente foi submetida à laparotomia exploradora, notando-se hérnia abdominal estrangulada e alças intestinais isquemiadas. Como forma de evitar novas abordagens, optou-se por enterectomia segmentar com stapler linear, seguida de anastomose primária término-terminal em alças viáveis. Nesse caso, a anastomose primária término-terminal em alças intestinais viáveis foi a abordagem escolhida a fim de evitar colostomia, a qual pode cursar com infecções da pele e do subcutâneo, sangramento, prolapso e necrose do coto intestinal, além de necessitar de reabordagem cirúrgica para reverter colostomia. Porém, a anastomose primária exige jejum pós-operatório mais extenso, pois pode ocorrer deiscências que resultam em fístulas, íleo paralítico prolongado, estenose e hemorragia anastomótica. Portanto, a anastomose primária em alças viáveis foi realizada para evitar colostomia, já que esta interfere na fisiologia gastrointestinal, imagem corporal do paciente, além de exigir cuidados especiais.  Optou-se pela anastomose primária levando-se em conta o quadro geral da paciente, buscando-se evitar a necessidade de nova cirurgia e todas as complicações inerentes à agressividade de uma nova laparotomia para decolostomia. Deve-se, porém, sempre avaliar o risco x benefício de cada técnica para adotar a melhor conduta.

*Palavras-chave:*anastomose cirúrgica, colostomia, hérnia abdominal, hérnia incisional.