



XXIV
Mostra
de Iniciação
Científica

SEMANA DO
CONHECIMENTO

A Universidade em movimento

De **7 a 10** de outubro de 2014



RELATO DE CASO

DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE VIAS BILIARES- RELATO DE CASO

AUTOR PRINCIPAL:

Andrieli Poli Flores

E-MAIL:

andri_flores@hotmail.com

TRABALHO VINCULADO À BOLSA DE IC::

Não

CO-AUTORES:

Patrícia Carla de Lima, Gustavo Pileggi Castro

ORIENTADOR:

Giovana Belke

ÁREA:

Ciências Biológicas e da Saúde

ÁREA DO CONHECIMENTO DO CNPQ:

4.01.01.08-8 Pediatria e 4.01.02.07-6 Cirurgia Pediátrica

UNIVERSIDADE:

Universidade de Passo Fundo

INTRODUÇÃO:

A atresia de vias biliares, também chamada de colangiopatia obstrutiva progressiva, é a obstrução dos ductos biliares. A maioria dos pacientes tem o início da doença no período pós-natal, entre a 2ª e 8ª semana de vida. Já seu início fetal embrionário tem apresentação ao nascimento e associa-se a outras anomalias congênitas. Sua incidência é em torno de 1 caso para 10.000-15.000 nascidos vivos. A etiologia da atresia biliar é variada, ocorrendo participação de processos infecciosos, imunes, auto-imunes, genéticos, epigenéticos, vasculares e alteração da própria morfogênese da árvore biliar. O quadro clínico caracteriza-se pela icterícia, acolia fecal, colúria e hepatomegalia. O diagnóstico é realizado perante quadro clínico do paciente, associado a alterações inespecíficas nos exames laboratoriais, comprovado por exames de imagem ou biópsia. O tratamento cirúrgico deve ser instituído o mais precocemente possível, já que a drenagem biliar satisfatória é observada em até 80% dos pacientes.

RELATO DO CASO:

Chega à maternidade gestante de 27 anos, G3P0C2, 3 consultas pré natais. IG 36 semanas, gestação Gemelar (dicoriônica e diamniótica). Tipagem sanguínea O positivo. Sorologias negativas. Gestante em uso de carbamazepina, fenobarbital e lamotrigina por histórico de epilepsia. Indicada cesárea por pré-eclampsia, realizada no dia 11/03/14. Foi recebido G2, em sala de parto com APGAR 4/9. RN necessitou de VPP a 100%, pesou 1995g e mediu 44 cm. Foi, então, transferido para UTI neonatal. Na UTI neonatal paciente foi recebido em colo de plantonista, com 02 inalatório e apresentando gemência, tiragem intercostal e dispneia moderada. Exame físico do aparelho pulmonar demonstrou murmúrio vesicular rude e diminuído bilateralmente, FC: 120 bpm, Sat 92/94% em campânula. Apresentava boa perfusão em Membros inferiores, sendo diagnosticado com doença da membrana hialina (DMH). Foi realizada intubação orotraqueal, com subsequente aplicação de surfactante. Após 18 horas, paciente foi extubado e permaneceu em ar ambiente. Com 24 horas de vida foi iniciada dieta enteral. Até o 3º dia de vida, paciente não havia realizado nenhuma evacuação. Foi, então, realizado lavado intestinal, pelo qual apresentou evacuação meconial tipo molde. Também necessitou de fototerapia. Ao 6º dia de vida houve uma piora clínica, paciente apresentou febre, perfusão lenta em MMII e PAM baixa, entrando precocemente com esquema de ampicilina e gentamicina e dopamina. Ao 7º dia de vida paciente apresentou icterícia, zona 5, acolia e colúria. Laboratórios identificavam aumento de bilirrubinas totais e frações, bem como elevação de marcadores hepáticos (TGO, TGP). Nesse momento, realizou-se rastreio para diversas patologias: Sepses, TORCHS (HCVH, HBSAGA, Anti HIV I e II, Sorologia para LUES, Rubéola IGG e IGM, Herpes simples I e II), Hepatite neonatal, Erro inato metabolismo, Fibrose cística, Hipotireoidismo, Síndromes, Atresia de vias biliares, Colelitíase, Cisto colédoco e Estenose ductal. A pesquisa de TORCHS não mostrou

RELATO DO CASO - CONTINUAÇÃO:

alterações, bem como o cariótipo e ultrassonografia abdominal. O teste do pezinho ampliado demonstrou alteração na enzima tripsina-imuno-reativa (139,0ng/ml), exames esses que estavam normais em seu irmão gêmeo. Iniciou-se tratamento aos 17 dias de vida (27/03) com CREON, por um período de 21 dias. Após o término, paciente não apresentou melhora clínica. O estudo genético de fibrose cística demonstrou parâmetros normais: Delta f508 : negativo, R55x: negativo, N1303k: negativo. Com isso, na forte suspeita de alteração nas vias biliares, foi realizada a Cintilografia de vias biliares (05/05/14), que evidenciou trânsito biliar anormal, devendo-se considerar atresia de vias biliares, doença hepatocelular acentuada ou ainda colestase intrahepática. A partir do quadro clínico do paciente, bem como considerando os exames complementares, chegou-se ao diagnóstico de atresia de vias biliares. Foi, então, realizado procedimento cirúrgico (Portoenterostomia a Kasai) no dia 08/05/14.

CONCLUSÃO:

O presente caso tem como objetivo chamar a atenção dos pediatras para os diagnósticos diferenciais da colestase neonatal, exaltando a necessidade de instituir precocemente o diagnóstico cirúrgico por biópsia, uma vez que essa ação pode mudar de forma decisiva a resposta à terapêutica e o futuro do paciente portador de atresia de vias biliares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KLIEGMAN; BEHRMAN; JENSON; STANTON. Nelson Tratado de Pediatria. 18. ed. Rio de Janeiro: editora Elsevier, 2009.
CARVALHO, Elisa de, et. al. Atresia das vias biliares extra-hepáticas: conhecimentos atuais e perspectivas futuras. J. Pediatr. (Rio J.) vol.83 no.2 Porto Alegre Mar./Apr. 2007.

Assinatura do aluno

Assinatura do orientador