



XXIV
Mostra
de Iniciação
Científica

SEMANA DO
CONHECIMENTO

A Universidade em movimento

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



RELATO DE CASO

Relato de caso: Diagnóstico de Aganglionose intestinal em lactente.

AUTOR PRINCIPAL:

Camila Joana Cótica Faedo

E-MAIL:

camilafaedo@hotmail.com

TRABALHO VINCULADO À BOLSA DE IC::

Não

CO-AUTORES:

Aline Menegaz, Andrieli Poli Flores, Camila Penso, Raquel Giacomini Navarro.

ORIENTADOR:

Raquel Giacomini Navarro

ÁREA:

Ciências Biológicas e da Saúde

ÁREA DO CONHECIMENTO DO CNPQ:

4.01.00.00-6 Medicina

UNIVERSIDADE:

Universidade de Passo Fundo

INTRODUÇÃO:

A Doença de Hirschsprung (DH) é caracterizada pela ausência de células ganglionares nos plexos mioentérico (Auerbach) e submucoso (Meissner), devido a uma alteração do desenvolvimento do sistema nervoso entérico. A incidência é estimada em 1 para cada 5000 nascidos vivos. O primeiro sinal costuma ser o atraso na eliminação de mecônio e/ou constipação, acompanhado de distensão abdominal, vômitos, inicialmente claros e depois biliosos, além da recusa alimentar. Ao exame físico, ampola vazia ao toque retal, com saída de grande quantidade de fezes e gases após estimulação. A ausência de ar na pelve no Rx simples sugere o diagnóstico, cuja confirmação se dá pela biópsia, a qual evidencia ausência de células ganglionares e presença de fibras nervosas hipertróficas na submucosa. O tratamento de escolha é cirúrgico. O objetivo deste relato é ressaltar a importância do diagnóstico precoce na prevenção de complicações, entre elas, a enterocolite, maior causa de morbimortalidade associada à DH.

RELATO DO CASO:

Paciente feminino, dois meses de idade, nascida a termo, sem intercorrências na gestação e no parto, apresentou-se na emergência com febre de 38 C e constipação. A mãe referiu que a criança estava evacuando fezes pastosas, amareladas e fétidas. Ao exame físico, apresentava importante distensão abdominal, desconforto à palpação, timpanismo à percussão e diminuição dos ruídos hidroaéreos. Nos exames admissionais foi evidenciado processo infeccioso, com leucocitose de 14.600mm³. Ademais, creatinina de 0,39 mgdL e alterações eletrolíticas, sendo elas: nível sérico de sódio próximo ao limite superior (145 mEqL), hipopotassemia (2,8 mmolL), nível de fósforo de 2,5 mgdL, e hipocalcemia (6,6 mgdL). A cultura bacteriana das fezes acusou presença de *Escherichia coli* (60%) e *Pseudomonas aeruginosa* (40%). A radiografia simples de abdome mostrou distensão de alças abdominais e presença diminuída de ar no reto. Recebeu antibioticoterapia endovenosa (ampicilina e gentamicina), além de reposição hidroeletrólítica e hidratação, com posterior melhora do quadro geral e alta hospitalar.

Aproximadamente um mês após o primeiro episódio, a paciente chegou à emergência, com quadro de distensão abdominal, constipação e vômitos. A radiografia abdominal feita na admissão demonstrou importante distensão abdominal. Apresentava hematócrito de 25%; leucocitose de 15.400 célsmm³; 6% de bastões; e 75% de linfócitos. Foi avaliada pelo cirurgião pediátrico, que realizou enema de sorbitol e sulfato de sódio, fazendo com que a paciente evacuasse grande quantidade de fezes. Após, drenou líquido bilioso e fecalóide pela sonda nasogástrica com piora do estado geral, descompensação, choque e necessidade de internação em unidade de terapia intensiva. Foi realizada expansão com soro fisiológico, concentrado de hemácias (CHAD) e correção dos eletrólitos. A infecção foi tratada com ampicilina, metronidazol e amicacina.

RELATO DO CASO - CONTINUAÇÃO:

Cinco dias após a introdução da antibioticoterapia, houve melhora dos exames laboratoriais e foi realizada nova radiografia de abdome que ainda evidenciava uma importante distensão das alças intestinais. Foi instituído uso fixo durante a internação de enema de sorbitol e lauril sulfato de sódio para constipação. Devido ao quadro ser extremamente sugestivo de DH, após a estabilização da paciente foi realizada biópsia intestinal, que confirmou o diagnóstico de aganglionose intestinal. O tratamento estabelecido foi cirúrgico, com boa evolução no pós-operatório.

CONCLUSÃO:

A DH potencialmente causa diversas complicações. O diagnóstico deve ser realizado preferencialmente no período neonatal, suspeitando-se do atraso na liberação de mecônio, bem como distensão abdominal e constipação. É fundamental que seja precoce, visto que a mortalidade é menor em crianças que ainda não apresentaram complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KLIEGMAN; BEHRMAN; JENSON; STANTON. Nelson Tratado de Pediatria. 18. ed. Rio de Janeiro: editora Elsevier, 2009.
SILVA, Luciana Rodrigues, et. al. Gastroenterologia e Hepatologia em Pediatria. Doença de Hirschsprung. 4.ed. Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogan, 2003.
NOFECH-MOZE, Yehuda, et. al. Difficulties in making the diagnosis of Hirschsprung disease in early infancy . Journal Paediatr Child Health, v.40, n. 12, 2004. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com>>. Acesso em 13/08/2014

Assinatura do aluno

Assinatura do orientador