

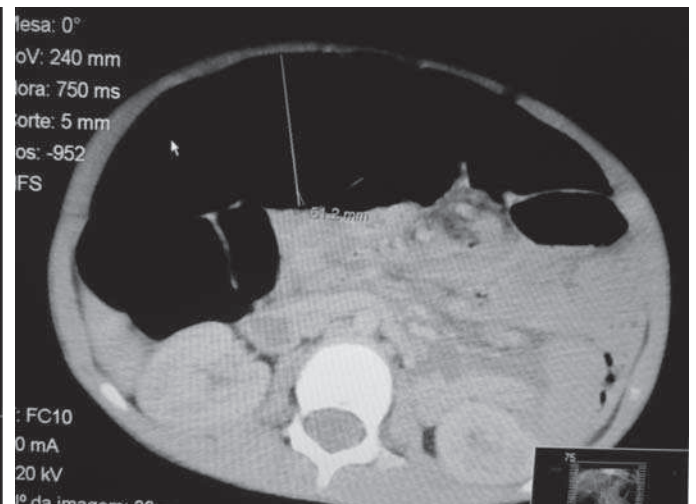
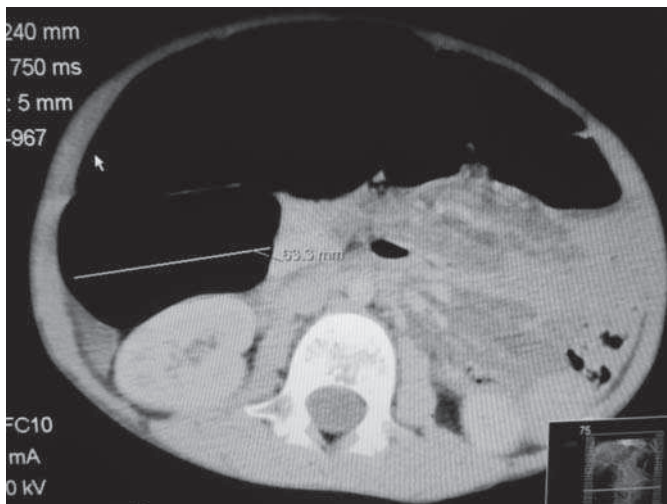
Caso radiológico

Mariana Pinto¹, Fernando Pereira², Filipe Macedo³

Adolescente do sexo masculino, 11 anos de idade, com paralisia cerebral. Alimentação exclusivamente por via oral e com normal capacidade de mastigação e deglutição. Trânsito intestinal de fezes moldadas com frequência de 4/4 dias, sempre com necessidade de estímulo com microclisteres. Enviado à consulta de Gastrenerologia Pediátrica por apresentar desde há cerca de um ano episódios recorrentes de vômitos de conteúdo biliar e/ou fecaloides, precedidos por palidez cutânea, hipersudorese, noção de dor e tumefação abdominal móvel. Sem relação com as refeições.

Sem febre. Inicialmente estes episódios ocorriam com uma frequência trimestral, mas nos últimos meses apresentavam frequência semanal. Num dos episódios teve necessidade de internamento hospitalar para pausa alimentar e fluidoterapia endovenosa. Realizou radiografia abdominal simples de pé e Tomografia Axial Computorizada (TAC) abdominal (Figuras 1, 2 e 3).

Qual o seu diagnóstico?



Figuras 1, 2 e 3 – Distensão gasosa acentuada do intestino com megacólon



¹ S. Pediatria/Neonatologia, H São Sebastião, CH Entre Douro e Vouga, 4520-211 Santa Maria da Feira, Portugal

² U Gastrenerologia Pediátrica, CH Porto, 4099-001 Porto, Portugal

³ Serviço Médico de Imagem Computorizada, 4250-367 Porto, Portugal

DIAGNÓSTICO

Distensão gasosa acentuada do intestino com megacólon compatível com o diagnóstico de Pseudo-obstrução intestinal ileocólica.

DISCUSSÃO

A Pseudo-obstrução intestinal caracteriza-se por episódios de oclusão intestinal na ausência de obstrução mecânica. De salientar que os doentes com história de paralisia cerebral podem apresentar alterações a nível do aparelho gastrointestinal, nomeadamente disfagia com aerofagia persistente, refluxo gastro-esofágico e obstipação. A obstipação é multifatorial, ou seja, além de existirem erros alimentares com dieta pobre em fibras, baixa ingestão hídrica e falta de atividade física, há alterações na motilidade intestinal ao nível de todo o cólon e reto (falência do relaxamento do esfíncter anal interno após a distensão retal, sensibilidade retal alterada, impedimento para relaxamento ou contração paradoxal do esfíncter anal interno ou músculo puborretal e propulsão diminuída do cólon).

A TAC abdominal com contraste é o exame radiológico mais indicado para o diagnóstico de Pseudo-obstrução intestinal visto excluir causas anatómicas de obstrução intestinal.

A abordagem terapêutica nestes doentes tem por base a correção de erros alimentares e o uso de estimulantes da motilidade – procinéticos. No caso apresentado o tratamento médico não foi suficiente pelo que foi necessário realizar cecostomia laparoscópica para descompressão de aerocolia exuberante, consequência de aerofagia permanente por parte do adolescente. A cecostomia permite também a administração de enemas de forma anterógrada melhorando o quadro clínico de obstipação quando necessário.

ABSTRACT

We present the clinical case of an 11-year-old boy with cerebral palsy. He was observed in the Gastroenterology Department for the presence of recurrent episodes of vomiting (bilious and/or fecaloides) with one year of development, preceded by pallor, sweating, sense of abdominal pain and abdominal swelling. Recently the episodes occur every week. The abdominal

Computed Tomography (CT) showed megacolon compatible with the diagnosis of ileocolic intestinal pseudo-obstruction. Laparoscopic cecostomy was performed for decompression of exuberant aerocolia, result of permanent aerophagia typical of adolescents with cerebral palsy, allowing the administration of antegrade enemas in order to improve the constipation.

Keywords: Megacolon, intestinal pseudo-obstruction, cecostomy.

Nascer e Crescer 2013; 22(2): 113-114

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Camilleri M. Chronic intestinal pseudo-obstruction. UptoDate 2012 [updated 2012 August 28]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/chronic-intestinal-pseudo-obstruction>
2. Araújo LA, Silva LR, Mendes FA. Digestive tract neural control and gastrointestinal disorders in cerebral palsy. *J Pediatr (Rio J)* 2012;88:455-64.
3. Teixeira C, Lima R, Ferreira H, Recamen M, Martins E, Ramos A, et al. Pseudo-obstrução Intestinal – Caso Clínico. *Nascer e Crescer* 2006;15:91-6.
4. Wyllie R. Motility Disorders and Hirschsprung Disease. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2007. p.1564-8.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mariana Pinto
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga
Hospital de São Sebastião
Serviço de Pediatria/Neonatologia
Rua Dr. Cândido de Pinho
4520-211 Santa Maria da Feira, Portugal
E-mail: marianabrpinto@gmail.com

Recebido a 19.05.2013 | Aceite a 19.05.2013