



15º CONGRESSO BRASILEIRO DE
**Gastroenterologia
Pediátrica**

19º CONGRESSO LATINO AMERICANO E
10º CONGRESSO IBERO AMERICANO DE
GASTROENTEROLOGIA, HEPATOLOGIA E NUTRIÇÃO

Centro de Convenções de Natal . RN . Brasil
26 a 29 de março de 2014

Trabalhos Científicos

Título: A Dificuldade No Diagnóstico De Pseudo-obstrução Intestinal Crônica

Autores: MARACI RODRIGUES; EDSON KHODOR CURY

Resumo: Introdução Pseudo-obstrução Intestinal Crônica (POIC): rara causa de falência intestinal, caracterizada por sinais e sintomas de obstrução intestinal. O diagnóstico é clínico, auxiliado por estudos radiológicos que evidenciam alças intestinais dilatadas com nível hidroaéreo para excluir obstrução mecânica; identificar possíveis formas secundárias e explorar os mecanismos fisiopatológicos. Relato de Caso Lactente, 18 meses, masculino, procedente de Anápolis-GO Cesaria, 37 semanas, 3325g, Apgar 9/9. US Morfológico 24 semanas: megabexiga. Ao exame: hipotonia musculatura da parede abdominal e sonda vesical de alívio. Até 3 m: LM exclusivo, evacuação normal e ITU repetição: vesicostomia. PO: íleo prolongado. Aos 5 meses e 7 meses: prolapso da bexiga: anestesia para redução, evoluindo com íleo prolongado, vômitos e distensão abdominal. TI: lentificação do trânsito e distensão de alças intestinais: POIC versus brida: laparotomia exploradora : bridas intestinais. Novo TI: semelhante- 2ª cirurgia lise de bridas. Biópsias foram consideradas inconclusivas. Desde 8m: internações vômitos biliosos, distensão abdominal : HD – Prune Belly. Dieta extensamente hidrolisada e NPP. Com 1 ano e 5 meses: abdominoplastia + vesicostomia + cirurgia de Malone.: PO íleo prolongado. CT de abdome: dilatação difusa do estômago e alças intestinais, sem fator obstrutivo e progressão lenta do contraste oral. No 12º PO: NE com dificuldade e necessidade de NPP devido perda de peso. Tentou-se neostigmine: sem melhora e bradicardia. Peso < 5th Estatura 10-25 th. Reavaliação 1ª6m: clínica de POIC, indicado cateter central, jejunostomia para NE, gastrostomia para descompressão, NPP, cisaprida, metronidazol intermitente e enzimas pancreáticas. Imunohistoquímica parede total de delgado: pseudo-obstrução de causa miopática. Com 1ª8m: sepsis por infecção do cateter central e óbito. Comentário: História clínica de megabexiga, necessidade de sonda de alívio, crises de obstrução intestinal sem obstrução mecânica e intervenções cirúrgicas repetidas com desnutrição pensar em POIC. Conclusão: Crianças portadoras de POIC primária com início intra-útero e falência intestinal apresentam pobre prognóstico.