

RELATO DE CASO – GASTROSKUISE E SÍNDROME DO INTESTINO CURTO

CASE REPORT – GASTROSKUISE AND SHORT BOWEL SYNDROME

BRUNA CAROLINE PESSOA ANDRADE^{1*}, FELIPE PORTO AGUIAR¹, ALLANA BRITO FARIAS LESSA¹, ARON COURA BHERING¹, ALBÉRCIO COSTA BRITO NETO²

1. Médicos formados pelo IMES; 2. Médico formado pelo IMES. Residente em Ortopedia pelo IPSEMG.

* Rua Sena Madureira, número 475, apartamento 308, Ouro Preto, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP 31340-000. brunapessoa@hotmail.com

Recebido em 15/05/2017. Aceito para publicação em 05/06/2017

RESUMO

A gastrosquise é por definição um defeito no fechamento da parede do abdome, com evisceração de estruturas intra-abdominais. Devido à desproporção víscero-abdominal, o fechamento cirúrgico primário é dificultado, sendo este realizado de forma progressiva em vários tempos cirúrgicos. A mortalidade está em torno de 3,6%, e os fatores de risco são ressecções do intestino grosso, anomalias pulmonares e circulatórias congênitas e sepse. Quando há necessidade de ressecção importante ou ressecções múltiplas, pode acontecer a síndrome do intestino curto, resultado de um intestino delgado que não possui comprimento total suficiente para que a nutrição possa ser realizada de maneira satisfatória pela via oral.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome do intestino curto, enterocolite necrozante, gastrosquise.

ABSTRACT

Gastroschisis is by definition a defect in the closure of the abdominal wall, with evisceration of intra-abdominal structures. Due to the viscera-abdominal disproportion, the primary surgical closure is difficult, and it is performed progressively in several surgical times. Mortality is around 3.6%, and the risk factors are resections of the large intestine, pulmonary and circulatory abnormalities and congenital sepsis. When there is a need for major resection or multiple resections, short bowel syndrome may result from a small intestine that does not have enough total length for nutrition to be satisfactorily performed by the oral route.

KEYWORDS: Short bowel syndrome, necrotizing enterocolitis, gastrosquise.

1. INTRODUÇÃO

A gastrosquise é por definição um defeito no fechamento da parede do abdome, com evisceração de estruturas intra-abdominais. A localização paraumbilical é a mais comum, onde há exteriorização do intestino fetal, acompanhado ou não do fígado. Essa patologia é comumente identificada por meio da realização de ultrassonografia obstétrica morfológica durante pré-natal.¹ A incidência da gastrosquise vem

sofrendo aumento, situando-se em torno de 1 a 2 até 4 a 5 casos/10.000 nascidos-vivos, e relaciona-se à baixa idade materna (< 20 anos). É suspeitada a associação com tabagismo, drogas ilícitas e drogas vasoativas.² Nesses casos é esperado que a gestação não chegue ao termo e que ocorra crescimento intrauterino restrito. Devido à desproporção víscero-abdominal, o fechamento cirúrgico primário é dificultado, sendo este realizado de forma progressiva em vários tempos cirúrgicos. A mortalidade está em torno de 3,6%, e os fatores de risco são ressecções do intestino grosso, anomalias pulmonares e circulatórias congênitas e sepse¹.

Dentre estes, destaca-se a ressecção do intestino grosso, que pode ser necessária em decorrência do dano intestinal que acompanha a gastrosquise. Tal dano pode se apresentar sob a forma de enterocolite necrozante, patologia que apresenta quadro de distensão abdominal, dificuldade em progredir a dieta, presença de resíduo gástrico com drenagem de bile e sangramento intestinal. O diagnóstico é feito com a radiografia simples de abdome, que revela pneumatose intestinal em 50 – 70 % dos casos. O tratamento baseia-se em suspensão da dieta, decompressão gástrica com sonda aberta, hidratação venosa e uso de sangue e hemoderivados e aminas vasoativas de acordo com a gravidade do recém-nascido. A cirurgia consiste em ressecção da alça necrosada, se perfuração ou presença de líquido peritonial com microorganismos coráveis pelo Gram³.

Quando há necessidade de ressecção importante ou ressecções múltiplas, pode acontecer a síndrome do intestino curto, resultado de um intestino delgado que não possui comprimento total suficiente para que a nutrição possa ser realizada de maneira satisfatória pela via oral⁴.

2. CASO CLÍNICO

No dia 05/10/2016, paciente de 23 anos, G2P1A0, foi recebida na maternidade do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte para realização de parto cesáreo, estando com 33 semanas e 4 dias de idade gestacional. Ultrassonografia (USG) do dia anterior forneceu impressão diagnóstica de gastrosquise. Pré-natal dito sem intercorrências.

Recém-nascido do sexo feminino, com bolsa rota no ato, líquido amniótico claro, apresentação cefálica. Pesou 2030g, aparentemente em boas condições (Apgar 9/ 9), 28,5cm de perímetro cefálico, grupo sanguíneo A, Rh +. Transferida do bloco obstétrico para UTI neonatal em encubadora aquecida e CPAP. Encaminhada ao bloco cirúrgico no 1º dia de vida para correção de gastrosquise. Em ato operatório, foi observado importante necrose de alças intestinais, demonstrada posteriormente em radiografia de abdome (figura 1 e 2). Readmitida em UTI neonatal em ventilação mecânica, evoluiu com instabilidade hemodinâmica, sendo necessário uso de aminas vasoativas e antibioticoterapia. Evoluiu com inúmeros episódios de sepse, colestase e anemia. Para correção de trânsito gastrointestinal foram necessárias várias abordagens cirúrgicas com ressecções de segmentos intestinais, culminando na Síndrome do Intestino Curto. Atualmente, 204 dias de vida (128 dias de idade corrigida), usando gastrostomia para nutrição. Sem condições de alta, devido à dificuldade de progressão da dieta, o que impossibilita o ganho de peso adequado.



Figura 1. Radiografia demonstrando pneumatose intestinal, sinal importante de Enterocolite Necrozante.

3. DISCUSSÃO

Uma das maiores dificuldades do tratamento pós-natal da gastrosquise é a desproporção visceral-abdominal, que impossibilita fechamento primário. Assim, há ocorrência de dano intestinal, responsável pela elevada morbidade e, eventualmente, mortalidade dos pacientes. As complicações das intervenções realizadas e a sepse também estão associadas com altas taxas de mortalidade. Complicação de grande importância é a que está descrita no caso, resultante da terapêutica cirúrgica: Síndrome do Intestino Curto⁵.

A doença em questão cursa com déficit nutricional, de fluidos e de eletrólitos, acarretando necessidade de

reposição agressiva e monitorização de balanço hídrico. No peroperatório, a ventilação pode ser dificultada em consequência do aumento da pressão intra-abdominal devido ao reposicionamento das vísceras e da compressão da veia cava inferior. Além disso a circulação das vísceras pode ser prejudicada e ocorrer íleo adinâmico⁶.

Nutrição parenteral é uma importante medida, principalmente para pacientes com menos de 100 cm de intestino delgado e sem cólon, e em pacientes com menos de 50 cm de intestino delgado com cólon⁷.

O tratamento definitivo desta condição consiste em transplante de intestino e atualmente outras técnicas vêm sendo estudadas como o alongamento intestinal⁸.

4. CONCLUSÃO

Os fatores que contribuem para a morbimortalidade da doença são consequências diretas ou indiretas do dano ao intestino iniciado na vida fetal. Detecção precoce da anomalia, realizada através de pré-natal orientado e cuidadoso, seguido de medidas protetivas peri e pós-natais e a intervenção cirúrgica precoce podem contribuir para melhora da qualidade de vida dos portadores da malformação.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Calcagnotto H. *et al.* Fatores associados à mortalidade em recém-nascidos com gastrosquise. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro. 2013; 35(12).
- [2] Folkerth RD. *et al.* Gastroschisis, Destructive Brain Lesions, and Placental Infarction in the Second Trimester Suggest a Vascular Pathogenesis. *Pediatric Development Pathology*. 2013; 16(5):391-396.
- [3] Gonçalves FLL. *et al.* Corticosteroid effect upon intestinal and hepatic interleukin profile in a gastroschisis rat model. *Acta Cirúrgica Brasileira*, São Paulo. 2013; 28(supl. 1).
- [4] Ortega Garcia, JA. *et al.* Violência contra as mulheres e Gastroschisis: um estudo de Caso-Controlle. *International Journal of Environmental Research na Publish Health*. 2013; 10(10):5178-5190.
- [5] Palmer SR. *et al.* O papel do estresse materno no início da gravidez na etiologia da gastrosquise: um estudo de Controle de Incidentes Processo. *PLOS One*. 2013; 8(11).
- [6] Franzon O. *et al.* Síndrome do Intestino Curto: uma nova alternativa de tratamento cirúrgico. *Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva*. 2010; 23(1):51-53.
- [7] Greve H. *Gastrosquise: revisão de literatura e condutas no pós-operatório*. [tese] Salvador: Hospital Geral Roberto Santos. 2014.
- [8] Chung DH. *Sabiston: Fundamentos em Cirurgia*. 17ª ed. Editora Elsevier. 2012.