



# CASO CLÍNICO

## PRONTO ATENDIMENTO - UE

R1 Laura

# História clínica

Data: 18/02/2015 REG : 1296847H

- Identificação : LA, masculino, 1 ano 19 dias, natural e procedente de Ribeirão Preto.
- Informante: mãe
- Queixa e duração: Diarréia há 6 dias.

# História clínica - HMA

Mãe relata historia de que há 6 dias, percebeu mudança da consistencia das fezes que se tornaram mais pastosas e cerca de 3 vezes ao dia. Há 2 dias, relata dor abdominal pois criança chorava muito durante a noite.

Há 1 dia , paciente iniciou fezes enegrecidas liquidas com raias de sangue (6 vezes) que evoluiu com saída de muco com sangue. Refere também que há 1 dia iniciaram vômitos (mais de 10 episodios até o momento), após ingerir qualquer alimento, sendo o ultimo episodio há 9 horas.

Nega febre ou distensão abdominal.  
Relata hiporexia há 6 dias, aceitando apenas leite (seio materno).

# História clínica - IDA

**Pele:** nega cianose , icterícia , sudorese , prurido , descamação , manchas e lesões.

**Tecido subcutâneo** – nega edema

**Cabeça :** nega alterações ou lesões

**Olhos:** nega edema , dor , vermelhidão , secreção e alterações da acuidade visual.

**Nariz:** refere coriza há 1 semana ,nega obstrução , prurido e sangramento.

**Ouvido:** nega corrimento e alterações da acuidade auditiva.

**Boca e garganta:** nega alterações.

**Sistema cardiorrespiratório:** refere tosse seca esporadicamente há 1 semana e chiado há 5 dias.

Nega dispnéia , cianose e palpitações.(Relata ter sido prescrito aerosol com atrovent e aerolin de

6/6h, além de prednisolona 3ml por 2 dias, apresentando melhora do quadro)

**Sistema digestório :** vide hma

**Sistema genito urinário:** nega alterações.

**Sistema linfo-hematopoiético:** palidez, infecções frequentes , adenomegalia.

**Sistema endocrino-meetabólico:** nega polidipsia , poliúria , polifagia , alteração do crescimento.

**Sistema nervoso:** nega sonolência e convulsões.

# História clínica - Antecedentes

- **Antecedentes pessoais:**
  - Nasceu de pc com 37 semanas de gestação. Pn 3300g. Cn 49 cm.
  - Nega intercorrências na gestação ou parto.
  - Refere bronquiolite aos 4 meses de idade, tendo já apresentado chiado no peito 6 vezes, sem nenhuma internação.
  - Nega alergias ou cirurgias
  - DNPM: não anda. Engatinha desde os 10 meses. Senta sem apoio desde os 5 meses de idade. Fala desde os 11 meses.
- **Recordatório alimentar:**
  - 10h00 seio materno
  - 12h00 batata + cenoura + arroz+ feijão + sm
  - 15h00 bolacha + danone sm
  - 18h00 igual almoço
  - 22h00 seio materno
- **Antecedentes imunológicos:** Refere vacinação em dia ( não trouxe o cartão)

# História clínica

- Condições de vida: Mora com mãe, avó materna, avô materno, 3 tios e primo de 8 anos.
- Medicamentos em uso : Sulfato ferroso 10 gotas/dia
- Antecedentes familiares:
  - Mãe, 26 anos, rinite alérgica e depressão, não trabalha.
  - Pai, 24 anos, bronquite.
  - Sem irmãos.

# Exame Físico

Peso : 9,5 kg

BEG, corado, hidratado, A.A.A., Chorando e gritando.

Pele : sem lesões.

Sem ganglios paláveis.

Otoscopia e oroscopia sem alterações.

AR: MV+ sem RA. Sem desconforto respiratório.

ACV: 2 BRNF sem sopros.

Abd: semigloboso, rha+, flácido, difícil palpação devido ao choro, com massa palpável em hipogastrio/flanco esquerdo.

Perineo e anus : saída de muco com sangue pelo anus, com leve hiperemia perianal

Ext : pulsos + , tec < 3seg.

# HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS?





# Hipótese diagnóstica e conduta

- HD : Diarreia infecciosa aguda?
- Massa abdominal palpável + dor abdominal + muco e sangue nas fezes:
- intussuscepção??
  
- Cd:
  - Solicitamos US abdome e HMG.
  - Solicitamos avaliação da cirurgia.

# Exames

18/02/2015

- HB - HEMOGLOBINA..... 10.0  
HT - HEMATOCRITO..... 31  
VCM..... 72.7  
HCM..... 23.3  
CHCM..... 32.1  
RDW..... 13.7  
PLQ - PLAQUETAS..... 525000  
GB - GLOBULOS BRANCOS..... 21000  
BASTONETES..... 1 %  
SEGMENTADOS..... 68 %  
EOSINOFILOS..... 0 %  
BASOFILOS..... 0 %  
LINFOCITOS..... 25 %  
MONOCITOS..... 6 %  
PLASMOCITOS..... 0 %  
METAMIELOCITOS..... 0 %  
MIELOCITOS..... 0 %  
PROMIELOCITOS..... 0  
MORFOLOGIA  
GV: HIPOCROMIA, ANISOCITOSE  
GB: SEM ALTERAÇÕES
- SODIO : 132 K : 3,4 Ca : 1,28

# Exames

- US ABDOMINAL (18/02/15): alças intestinais em mesogástrio/flanco direito de paredes espessadas, associada a linfonodos agrupados e coalescentes, formando massa, medindo 2,4 x 2,0 cm e tecido mesentérico hiperecogênico ao seu redor. Não foram identificadas imagens típicas de invaginação. Presença de pequena quantidade de líquido livre intra abdominal em fossa ilíaca esquerda.
  - Conclusão do laudo: Alças intestinais com parede espessada, associada a linfonodos coalescentes de natureza a esclarecer.
- Discutido caso com cirurgia pediátrica que orienta manter observação clínica, jejum, aguardar exames lab e solicitar rx abd uma vez que us negativo para intussuscepção e melhora da dr abdominal



# Evolução

- Reavaliação : REG, descorado +/4+, desidratado +/4+ abdome plano, com defesa, doloroso a palpação, DB negativo.
  - toque retal: ampola retal ampla, grande quantidade de sangue e **muco em geléia de framboesa, intussuscepto tocável a 10cm da borda anal**
- Indicada laparotomia.
- 19/02/15 00:27 - realizada laparotomia exploradora com correção da intussuscepção + ileotiflectomia + acesso central em veia jugular interna esquerda sem intercorrências.

**(Intussuscepção ileo-ceco-cólica até colon esquerdo, com sofrimento do íleo terminal e ceco)**

# Evolução

- **Biópsia** : Produto de ressecção parcial de intestino: - segmento intestinal com áreas de necrose isquêmica, hemorragia e congestão vascular (infarto hemorrágico), acompanhado de processo inflamatório crônico e exsudativo (secundário a intussuscepção). - Mucosa de intestino delgado exibindo hiperplasia de folículos linfoides. - Linfonodos pericólicos com hiperplasia linfoide e focos de hemorragia, além de dilatação e congestão de sinusoides. - Margem ileal viável. - Margem colônica viável, com focos de necro-inflamação da mucosa e submucosa
- Foram prescritos:
  - gentamicina 6mg/kg/dia de 12/12 hs - in 19/02
  - metronidazol 7,5mg/kg/dose de 8/8 hs - in 19/02
- Teve alta em 25/02/2015



# INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL

R2 Renata  
Orientada por Dra Viviane Pasti

# Introdução

- Causa mais comum de obstrução intestinal entre 3 meses e 6 anos
- Emergência abdominal mais comum em crianças com menos de 2 anos.
- Incidência: 1-4/1000 nascidos vivos
- Meninos: meninas = 3:1



# Etiologia / Epidemiologia

- 90% idiopáticos
- Correlação com infecção previa por adenovírus (tipo C)
- Pode ocorrer como complicação de OMA, gastroenterite, púrpura de henoch schönlein, IVAS
- Risco aumentado em lactentes 2 semanas após receber vacina contra rotavirus tetravalente reagrupante rhesus- humana.
- Em 2006, duas novas vacinas de vírus vivo atenuado foram licenciada para uso em humanos: a vacina humana monovalente (Rotarix®) e a vacina recombinante humanobovina pentavalente (RotaTeq®)
- Não existe nenhuma associação entre o rotavirus selvagem e a intussuscepção.

# Etiologia / Epidemiologia

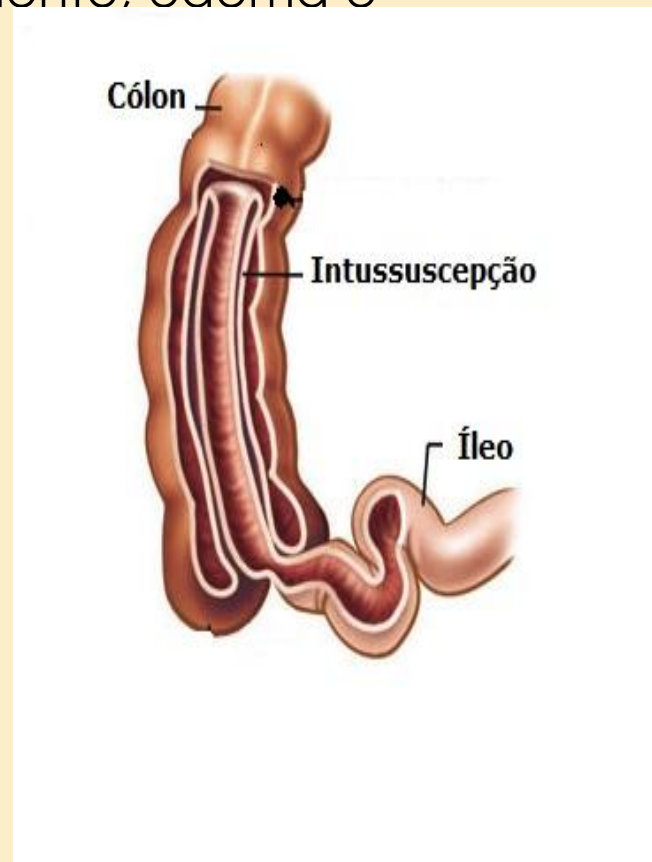
- Infecção gastrointestinal / introdução de novas proteínas → placas de peyer hipertrofiadas no íleo terminal.
- Tecidos linfoides proeminentes provocam o prolapso da mucosa do íleo para dentro do colon.

# Etiologia / Epidemiologia

- Pontos de intussuscepção:
  - Divertículo de meckel
  - Polipos intestinais
  - Neurofibroma
  - Cistos de duplicação intestinal
  - Hemangiomas
  - Linfomas
- Fatores de risco: fibrose cística, hiperplasia linfoide nodular.
- Pós-operatória: íleo-ileal surge nos primeiros dias após cirurgia abdominal.
- Intrauterina: pode estar associada ao desenvolvimento de atresia duodenal.

# Patologia

- A porção do intestino que se invagina leva consigo seu mesentério para dentro da alça envolvente. A constrição do mesentério leva a obstrução do retorno venoso, levando a ingurgitamento, edema e sangramento da mucosa

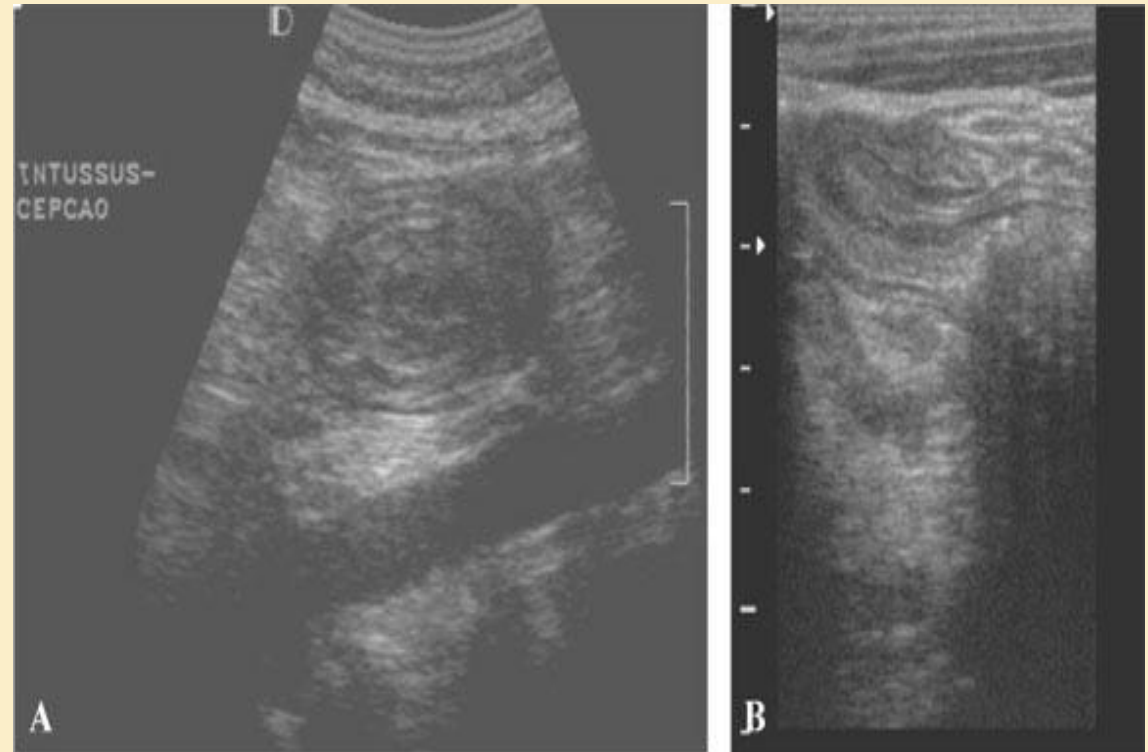


# Manifestações clínicas

- Início súbito: dor intensa, em cólicas que recorre em intervalos frequentes e é acompanhada de esforço para evacuar com flexão das pernas e dos joelhos e choro intenso.
- Inicialmente o lactente pode ficar bem entre as crises, mas se não for reduzido pode ficar fraco e letárgico.
- Vômitos mais frequentes na fase inicial.
- Em geral há eliminação de sangue nas fezes nas primeiras 12h
  - 60% eliminam fezes com sangue e muco (fezes em geleia de morango)
- Tríade clássica: dor + massa abdominal cilíndrica palpável + fezes em geleia de morango (<15%)

# Diagnóstico

- Radiografia simples: densidade na área da intussuscepção.
- Ultrassom: massa tubular em incidências longitudinais e imagem com aparência de rosquinha ou alvo nas imagens transversais
  - Sensibilidade: 98-100%
  - Especificidade: 88% - 100%



*Figura 1 - Ultra-sonografia abdominal em paciente portador de intussuscepção de intestino delgado; A - corte transversal - "Sinal do alvo" e B - corte longitudinal - "Sinal do pseudo-rim" (Cortesia do Dr. Rogério Augusto Pinto e Silva - Departamento de Imaginologia do HC- UFMG).*

# Diagnóstico

- Enema contrastado: defeito de enchimento no ápice . Sinal da mola espiralada.
- Pode ser usado no tratamento
  - Guiado por USG ou fluoroscopia.
  - Enema pneumático (melhor: possível aplicar maior pressão).
  - Enema hidrostático (não usar bário)
  - Taxa de recorrência: 10%



# Diagnostico diferencial

- Enterocolite: lactente enfermo entre as dores + presença de diarreia
- Divertículo de Meckel: sangramento indolor
- Púrpura de henoch-shoenlein: sintomas articulares, púrpura ou hematúria associados.



# Tratamento

- Redução → procedimento de emergência
- Em pacientes com sinais de choque, irritação peritoneal, perfuração ou pneumatose intestinal não se deve tentar redução hidrostática.
- Redução não cirúrgica:
  - Taxa de sucesso: 80-95%
  - Perfurações: 0,5 a 2,5% (hidrostáticas e bário), 0,1 – 0,2% (pneumáticas)
  - Redução espontânea: 4 a 10%
- Taxa de recorrência:
  - Redução não cirúrgica: 10%
  - Redução cirúrgica: 2 a 5% (nenhuma recorreu após ressecção cirúrgica)

# Referências

- Nelson, tratado de pediatria/ Robert M. Kliegman...[et al.]- Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. pp 1385-1287.
- Doenças cirúrgicas da criança e do adolescente / Coordenador Uenis Tannuri – Barueri, SP: Manole, 2010 (coleção pediatria. Instituto da criança HCFMUSP).
- Applegate KE. Intussusception in children: evidence based diagnosis and treatment. *Pediatr Radiol.* 2009;39(Suppl 2):S140-3.
- Barreira ER , Ceccon FP, Barbosa GCY, Lactente com dor abdominal. *PEDIATRIA (SÃO PAULO)* 2010;32(2):151-4
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Withdrawal of rotavirus vaccine recommendation. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1999;48(43):1007.