

Doenças do aparelho digestivo

J. Martins Palminha, Ana Nunes, Fernando Mena Martins

RECÉM-NASCIDO (RN) QUE NÃO ELIMINA FEZES ATÉ ÀS 48 HORAS DE VIDA

Nota: Para estabelecer o raciocínio seguinte, no essencial, os mesmos critérios dos indicados para o RN que não urina até às 48 horas. Assim, procura-se saber se aquele eliminou fezes na sala de partos; se eliminou até às 24h; ou entre as 24 e 48 horas de vida; até ou depois das 72 horas (as percentagens de eliminação, ao longo de sucessivos períodos, são sobreponíveis à da eliminação de urina).

Se um RN não eliminou fezes até às 48 horas, é necessário saber:

1) Se eliminou mecónio na sala de partos? Se foi introduzida uma sonda no recto, e se a mesma evidenciou mecónio, etc.?

2) Se há ou não imperfuração anal (podendo neste último caso associar-se a fístula recto-vaginal ou uretral).

Excluída a última das situações acima referidas, isto é, a imperfuração anal, o diagnóstico diferencial baseia-se no seguinte:

1) Possibilidade de ser uma simples obstipação, ocorrendo nomeadamente:

– Em prematuros;
– Em RN cujas mães tomaram hipnóticos horas antes do parto;

– Em RN de mães com pré-eclampsia, devido ao uso de sulfato de magnésio;

2) Doença de Hirschsprung;

3) Presença de um rolhão de mecónio:

– Observável em RN filhos de mães diabéticas;

– Nos RN portadores de fibrose quística;
– Doença de Hirschsprung;
4) RN com sepsis (íleo paralítico);
5) RN com hipotiroidismo;
6) RN com patologia obstrutiva do tubo digestivo (ver “Recém-nascido com Patologia Obstrutiva do Tubo Digestivo”).

RECÉM-NASCIDO (RN) COM VÓMITOS

Nota: É indispensável a distinção entre vômito e regurgitação. Ao contrário do vômito, a regurgitação é uma rejeição alimentar, de pequeno volume, sem esforço, sem repercussão no estado geral, ocorrendo principalmente a seguir à refeição de leite e sem interferência com a curva de peso.

Quanto ao aspecto, há 4 tipos de vômitos que é necessário investigar:

- 1) Vômitos alimentares persistentes;
- 2) Vômitos biliares;
- 3) Hemáticos;
- 4) Fecalóides.

Feita a distinção entre vômito e regurgitação e conhecido o aspecto do vômito, é necessário chegar à etiologia.

Consideram-se dois grupos de causas:

- 1) Vômitos de causa digestiva;
- 2) Vômitos de causa extradigestiva para os quais podem contribuir as doenças do sistema nervoso central (SNC), metabólicas, infecciosas (com ou sem repercussão no SNC).

Quando o vômito é um sinal de doença gastrointestinal, habitualmente é secundário a uma obstrução parcial ou completa do tubo digestivo. Pode, todavia, ser devido a uma causa funcional (íleo paralítico), como veremos adiante.

A associação com outros sinais e as características do vômito, ajudam a esclarecer a etiologia:

1) Os vômitos que ocorrem logo após as primeiras refeições, no 1º dia de vida, acompanhados de sinais respiratórios e de abundantes e constantes secreções, sugerem atresia esofágica com, ou sem, fístula traqueal;

2) Vômitos mais tardios, no decurso da 1ª semana, podem sugerir obstruções de localização mais baixa, tais como: má rotação; volvo; íleo meconial; doença de Hirschsprung. De referir que as obstruções do tubo digestivo estão quase sempre associadas a hidrânnios;

3) Vômitos alimentares no final do período neonatal (2ª semana em diante), sugerem estenose hipertrófica do piloro (EHP), sendo obrigatoriamente em jacto;

4) Vômitos biliares sugerem obstruções distais à ampola de Vater, ocorrendo também, com muita frequência, no íleo paralítico secundário a sépsis ou a NEC;

5) Vômitos hemáticos. A sua causa mais frequente é a da deglutição de sangue materno. Outras causas são devidas a úlcera de stress, enterocolite necrosante, traumatismo provocado por sonda gástrica e hérnia do hiato;

6) Vômitos nos primeiros dias de vida, em RN com síndrome de Down, podem ser devidos a atresia duodenal (são em regra vômitos biliares).

No grupo de causas extradigestivas temos a considerar:

1) Hipertensão e hemorragia intracranianas;

2) Meningite, otite, sépsis neonatal, infecção urinária;

3) Doenças metabólicas: galactosemia, fructosemia, doenças do ciclo da ureia, acidúrias orgânicas (ver "Doenças metabólicas");

4) Hiperplasia congénita das supra-renais (vômitos ocorrendo em RN com genitais ambiguos);

5) Tirotoxicose;

6) Infecção urinária.

Os vômitos do íleo paralítico incluídos num quadro clínico de sépsis e os da enterocolite necrosante são, de um modo geral, vômitos biliares.

Ao contrário, os vômitos que ocorrem na otite média, na infecção urinária (desde que não

ocorra sépsis e íleo paralítico concomitante) bem como os vômitos da EHP e os da hérnia do hiato são vômitos alimentares. Os vômitos que ocorrem nas meningites tanto podem ser alimentares como biliares (neste último caso num contexto de sépsis com íleo paralítico).

De entre todas as causas mencionadas, (incluindo as dos vômitos e a regurgitação) duas merecem uma descrição à parte:

Estenose Hipertrófica do Piloro (EHP)

Regra: Até prova em contrário, a presença de vômitos em jacto num RN, após os 15 dias de vida, é uma EHP.

Frequentemente é um primeiro filho e do sexo masculino. O RN mantém o apetite, tem bom estado geral, mas logo após a refeição de leite, vomita em jacto (vômito violento com projecção à distância do conteúdo gástrico). Clinicamente verifica-se ocorrência de ondulações peristálticas podendo ser palpável a oliva pilórica (com cerca de 1 mês de vida).

Nota: De um ponto de vista clínico, não é desejável que a oliva pilórica possa ser palpável porque significa que uma EHP não foi diagnosticada precoce e devidamente.

Face às características do vômito descrito deve, de imediato, realizar-se uma ecografia do estômago para estabelecer o diagnóstico. A correcção é cirúrgica e o prognóstico excelente.

Refluxo gastroesofágico (RGE)

É a regurgitação do conteúdo gástrico, sem vômito, podendo complicar-se com pneumonia de aspiração, apneia recorrente e esofagite. É causa, muitas vezes, de má progressão ponderal, sendo mais frequente no pré-termo, em particular no de muito baixo peso.

Deve suspeitar-se ainda de RGE, em caso de apneia recorrente que não cede à terapêutica com xantinas, ou quando se associa a vômitos de repetição e má evolução ponderal.

HEMATEMESES, MELENAS E FEZES SANGUINOLENTAS

Na presença de uma hematemesa, como sinal isolado, nos primeiros dias de vida, deve pensar-se em:

1) Deglutição, intraparto, de sangue materno ou de sangue proveniente da placenta;

2) Deglutição, durante a mamada, de sangue materno proveniente de um mamilo sangrante (para diagnóstico diferencial entre o sangue materno e o do RN, deverá ser realizada a prova de APT – a hemoglobina fetal permanece cor de rosa, a do adulto toma a cor castanha).

Excluídas aquelas duas situações, as causas mais frequentes de hematemeses, melenas e fezes sanguinolentas (estas últimas sugestivas de perdas de sangue na porção distal do intestino) são:

1) A enterocolite necrosante (o RN tem um aspecto gravemente doente, o abdômen está muito distendido, por vezes luzidio, havendo com frequência regurgitações ou vômitos alimentares ou biliares, melena ou fezes sanguinolentas).

Nota: Sangue nas fezes acompanhando-se de vômitos, acentuada distensão abdominal e mau estado geral é, até prova em contrário, uma enterocolite necrosante. A radiografia simples do abdômen é mandatória para o diagnóstico diferencial das situações de oclusão complicadas, ou não, de pneumoperitôneo;

2) Doença hemorrágica do RN (por déficit de vitamina K);

3) Coagulopatias, por déficit dos factores de coagulação ou diminuição das plaquetas (ver “Recém-nascido com Hemorragias”).

Mais raramente encontramos:

1) Úlcera péptica ou úlcera de *stress* em RN pré-termo ou de termo, habitualmente com síndrome de asfixia perinatal (evidenciando-se por hematemeses ou melenas);

2) Gastrite hemorrágica causada pela teofilina, tolazolina, indometacina e corticóides;

3) Fissura anal (fezes raiadas de sangue vivo);

4) Pólipos rectais;

5) Divertículo de Meckel;

6) Colite;

7) Gastroenterite a vírus ou bactérias (*Escherichia coli*, *Shigella*, *Salmonella*, *Yersinia*, *Campylobacter*) manifestando-se por fezes aquosas e sanguinolentas;

8) Intolerância às proteínas do leite de vaca (fezes sanguinolentas).

RN COM PATOLOGIA OBSTRUTIVA DO TUBO DIGESTIVO

A patologia obstrutiva do tubo digestivo (tendo em conta os períodos fetal e neonatal)

manifesta-se no essencial, por um ou mais dos seguintes sinais:

1) Polihidrâmnios (lembramos que pode ser causado, igualmente, por doença renal);

2) Impossibilidade de entubação orogástrica com sonda de polietileno CH10, no 1º exame do RN;

3) Salivação abundante e mantida;

4) Crises de cianose durante ou imediatamente após a mamada;

5) Vômitos alimentares em jacto ou vômitos biliares;

6) Distensão abdominal (já em parte assinalada em capítulo precedente);

7) Síndrome de oclusão intestinal (vômitos biliares, ausência de eliminação de mecónio, distensão abdominal);

8) Imperfuração anal ou outros sinais relativos a anomalias congénitas do ânus e recto.

Os 4 primeiros sinais, acima indicados, quando presentes simultaneamente, sugerem atresia do esófago (associada em 85% dos casos a uma fístula traqueoesofágica). O excesso de salivação e a não permeabilidade do esófago são sinais *major* e, igualmente, os mais frequentes entre os assinalados.

Na suspeita de atresia do esófago é obrigatório obter uma radiografia tóraco-abdominal para visualização, quer da bolsa de ar esofágica (indicativa de atresia) (Fig. 59.1) quer da presença, ou não, de ar no intestino. Deste modo, a ausência de ar nas ansas intestinais, num RN com atresia do esófago, significa que não há fístula traqueoesofágica associada.

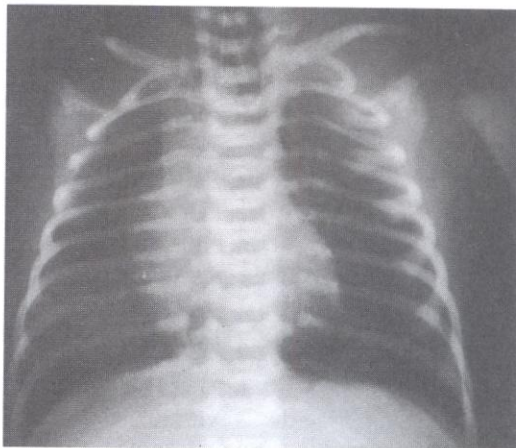


FIGURA 59.1. Bolsa de ar esofágica num caso de atresia do esófago.

A atresia do esôfago pode acompanhar-se de outras anomalias que devem ser pesquisadas, nomeadamente a imperfuração anal, as anomalias cardíacas, vertebrais e do aparelho urinário, num contexto de associação VATER (ver capítulos sobre dismorfologia clínica, doenças do aparelho cardiocirculatório e ainda anomalias congénitas).

Os vômitos em jacto quando ocorrem após a 2ª semana de vida, sugerem, até prova em contrário, uma estenose hipertrófica do piloro, conforme o indicado no capítulo sobre vômitos do RN.

A síndrome de oclusão intestinal (SOI) associa classicamente:

- 1) Vômitos biliares (sinal major);
- 2) Ausência de eliminação de mecónio;
- 3) Distensão abdominal (com meteorismo), não sendo, contudo, obrigatória a sua presença nas obstruções altas;
- 4) Ondas peristálticas visíveis (sinal menos frequente).

Na presença de uma SOI deve pensar-se em 4 grupos de causas:

- 1) Atresia (do duodeno, intestino delgado, cólon e recto);
- 2) Estenose (duodenal e/ou do intestino delgado), má rotação intestinal;
- 3) Peritonites;
- 4) Causas funcionais.

Regra: O sinal comum a todas estas situações é o vômito biliar, sendo obrigatório pedir, de imediato, uma radiografia simples do abdómen.

Diagnóstico Diferencial

Para melhor estabelecer as bases do diagnóstico diferencial, vejamos um a um, os 4 grupos de uma SOI.

1) Atresia

– Duodenal – Manifesta-se essencialmente pela presença de vômitos biliares. Não há, de um modo geral, distensão abdominal, dada a localização da atresia.

Sinais major: Vômito biliar + presença de dupla bolha de ar, na radiografia do abdómen.

A atresia duodenal pode surgir, em particular, na síndrome de Down (30% dos casos) e em regra, é devida a um diafragma da 2ª porção do duodeno ou, menos frequentemente, à presença de pâncreas anelar;

– Intestino Delgado – **Sinais:** Vômitos biliares + distensão abdominal exuberante + presença de níveis líquidos, na radiografia simples do abdómen.

Nota: O número de níveis líquidos observados, está na dependência da localização da atresia;

– Cólon e Recto – Dão sobretudo distensão abdominal;

2) Estenose duodenal e/ou do intestino delgado, má rotação intestinal.

São devidas no essencial a:

– Bridas de Ladd – Responsáveis por estenose duodenal incompleta;

– Enfarto do Mesentério – Vômitos biliares com distensão abdominal + fezes sanguinolentas são a favor do diagnóstico de enfarto do mesentério, nas situações de má rotação;

3) Peritonite – Quando se associa a uma SOI de localização baixa, manifesta-se por grande distensão abdominal, parede abdominal lúzia, por vezes, também edema da parede e do escroto. A palpação é muito dolorosa.

A peritonite pode ser primitiva ou secundária, sendo esta última causada por obstrução meconial ou por perfuração digestiva (tem como sinal radiológico *major* o pneumoperitoneu);

4) Causas funcionais de SOI.

Podem ocorrer nas situações de:

- Sépsis;
- Íleo meconial;
- Doença de Hirschprung (megacólon congénito aganglionar);
- Síndrome do rolhão meconial.

Por fim, vamos abordar a patologia anal: tanto a imperfuração anal como a suspeita de qualquer malformação anorrectal, coloca de imediato dois problemas:

O 1º é o da expulsão de mecónio, o 2º é o da continência do esfíncter, estando este último na dependência da gravidade da malformação e da correcta reparação cirúrgica.

Como, em parte, já foi dito no capítulo sobre O Exame Objectivo do RN, relativamente à região perineal, é necessário verificar:

1) Se há emissão de mecónio, o que, numa imperfuração anal, significa a existência de uma fístula (fístula recto-uretral no rapaz, e fístula rectovulvar ou rectovaginal na rapariga);

2) A localização do ânus (podendo este encontrar-se em situação muito anterior sobre a rafe média);

3) A permeabilidade do ânus (apesar de normalmente localizado) em situações em que há atraso na emissão de mecónio.

Face a uma destas situações, é obrigatório obter uma radiografia do abdómen, em perfil, com o RN de cabeça para baixo e com referência metálica ao nível do períneo, para pôr em evidência o fundo do saco rectal em relação à linha radiológica pubo-coccígea.

O restante exame tem por objectivo excluir anomalias cardíacas, das vértebras e do aparelho urinário (associação VATER), como já foi também afirmado.

ENTEROCOLITE NECROSANTE (NEC)

Definição

Lesão intestinal aguda que pode progredir para a necrose com perfuração.

Introdução e Importância do Problema

Ocorre em 2 a 5% de todos os RN internados nas UCINN e em cerca de 5 a 16% dos RN de muito baixo peso. Cinquenta por cento dos RN com enterocolite necrosante (NEC) são submetidos a intervenção cirúrgica e 25 a 30% falecem.

A NEC tem uma etiologia multifactorial, embora a imaturidade considerada globalmente seja o principal factor implicado, aumentando a sua frequência à medida que a idade gestacional diminui. Essencialmente, resulta da interacção entre a lesão da mucosa intestinal e a sua colonização por flora patogénica, ambas se relacionando com o padrão de alimentação entérica instituída. A lesão da mucosa pode ser secundária a isquemia por diversas causas, entre elas a asfixia, policitemia, persistência do canal arterial, colapso cardiocirculatório, exsanguíneo-transfusão, utilização de cateteres umbilicais, hipotermia e administração de solutos hipertónicos (em particular se for feita através de cateter arterial, como foi ou ainda é prática em muitas Unidades de Cuidados Intensivos).

Como já foi dito, a NEC ocorre preferencialmente no RN pré-termo de muito baixo peso com história clínica de asfixia, colapso cardiocirculatório, hipoxia, acidose, situações estas que concorrem para a lesão entérica. No entanto, em muitos RN com os factores de risco assinalados não surge NEC, havendo casos sem factores identificados. A doença pode ocorrer

também no RN de termo. Estão descritos pequenos surtos epidémicos em algumas unidades neonatais, provavelmente relacionados com a flora patogénica aí encontrada.

O recurso ao leite humano, a não utilização da via umbilical para administração de solutos hiperosmolares, a noção do chamado débito entérico mínimo, são factores que poderão eventualmente explicar a diminuição dos casos de NEC em Unidades que previamente os assinalaram como numericamente significativos.

Sinais Clínicos de NEC

Consideram-se dois tipos de sinais: **sistémicos** e **abdominais**.

Sinais sistémicos

Letargia, instabilidade térmica (hipotermia na maioria dos casos), recusa alimentar, hipotensão, apneia, acidose metabólica.

Sinais abdominais

Distensão (Fig. 59.2) (ver figura a cores em extratexto), resíduos gástricos esverdeados, vômitos biliares, sanguinolentos ou ambos, íleos, eritema da parede abdominal, por vezes pele luzidia e fezes com sangue (oculto ou manifesto).

Regra: O diagnóstico precoce é fundamental para o melhor prognóstico da doença. O intervalo de tempo que decorre entre o nascimento e o aparecimento dos sintomas é função da idade de gestação, sendo em média de 3 a 4 dias no RN de termo e de 14 a 15 dias para o pré-termo.

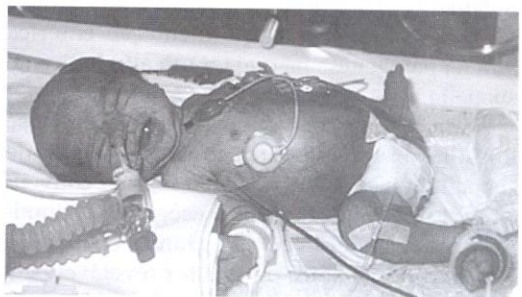


FIGURA 59.2. Distensão abdominal, eritema da parede em pré-termo com NEC.

O curso da doença é variável. Tanto pode ter um início agudo e haver uma rápida progressão para perfuração intestinal como pode ter uma evolução mais insidiosa, predominando a distensão abdominal, o íleo e um quadro clínico sugestivo de sépsis.

O grau de suspeita é importantíssimo.

Regra: RN pré-termo que, na 2ª semana de vida, inicia um quadro de intolerância alimentar com resíduos gástricos esverdeados, distensão abdominal e sangue (oculto ou manifesto) nas fezes tem, até prova em contrário, uma NEC.

Não há exames laboratoriais específicos. O diagnóstico é radiológico. Nas radiografias em AIP e em decúbito lateral esquerdo, as ansas estão dilatadas ou permanece uma ansa fixa, em exames seriados. São sinais mais tardios, a pneumatose intestinal (gás intramural) que é o sinal patognomônico, ar portal ou pneumoperitoneu (Fig. 59.3) (ver figura a cores em extratexto) (Fig. 59.4) quando há rotura intestinal. Os exames laboratoriais revelam anemia, trombocitopenia, hiponatremia, hiper ou hipoglicemia e acidose metabólica.

A primeira medida a executar quando há apenas distensão abdominal e ansas dilatadas é a da suspensão da alimentação oral. Os estádios da doença fazem-se segundo os critérios clássicos de Bell, actualmente modificados por Kliegman, conjugando parâmetros clínicos e radiológicos (Quadro 59.1).

Comentário: Enterocolite Necrosante

Trata-se de uma afecção, como foi referido, de etiopatogenia multifactorial que envolve ainda alguns aspectos não totalmente esclarecidos.

Dado o papel que a alimentação entérica tem na patogénese há que ter um alto índice de suspeita.

Para o diagnóstico precoce de pneumatose intestinal, é fundamental nos casos de grande suspeita, mas sem sinais radiológicos convencionais daquela, proceder a ecografia abdominal a qual poderá dar um grande contributo identificando-a antes de esta ser revelável pela radiografia simples convencional.

Nossa Unidade, para além da ecografia abdominal para detecção de pneumatose latente,

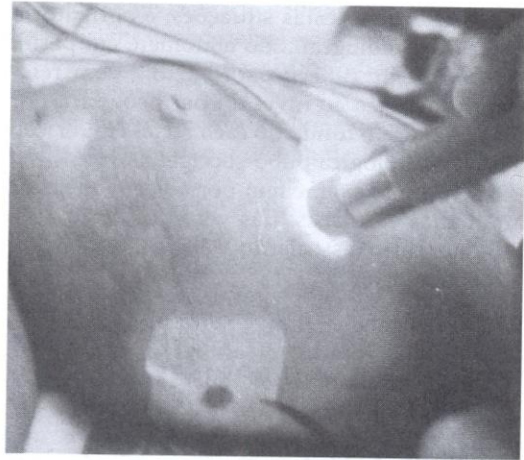


FIGURA 59.3. Transiluminação da parede num caso de NEC.

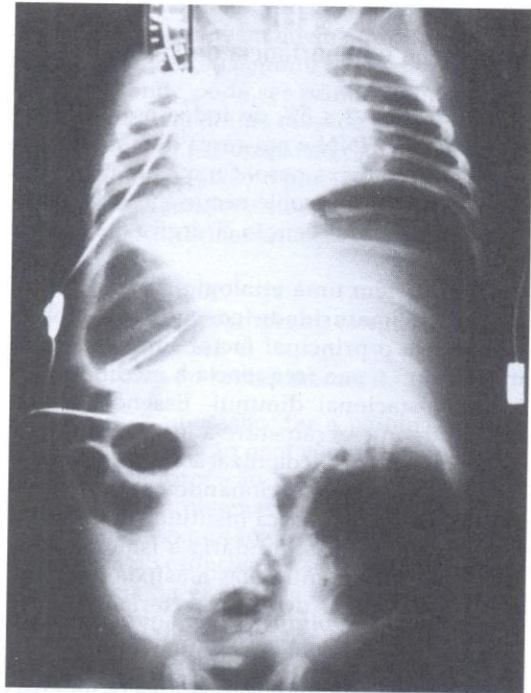


FIGURA 59.4. Pneumoperitoneu.

procedemos igualmente à determinação do pH das fezes. Um pH ácido, nos casos em que se utiliza leite com lactose, poderá indicar intolerância, o que poderá constituir um epifenómeno de ECN.

Nunca será demais referir que a administração de leite materno diminui a incidência de ECN.

QUADRO 59.1. Enterocolite necrosante

Estádio	Sinais sistêmicos e laboratoriais	Sinais intestinais	Radiologia
I - Suspeita A	Instabilidade térmica Apneia, bradicardia	Resíduos gástricos, distensão abdominal Sangue oculto nas fezes	Normal
B	Igual a I A	I A + sangue evidente nas fezes	Igual a I A
II - NEC ligeira	Igual a I A	Igual a I + ausência de ruído intestinal	Íleos Pneumatose intestinal
B - Moderada	Igual I A + acidose metabólica + trombocitopenia	+ Celulite abdominal + <i>plastron</i> no quadrante inferior direito	+ Gás na veia porta
III - NEC grave A - Gravemente doente	Igual II + hipotensão + acidose respiratória + acidose metabólica + CIVD + neutropenia	Igual a I e II + sinais de peritonite e distensão abdominal marcada	Igual II B + ascite
B - Com perfuração	Igual III A	Igual III A	Igual III A + pneumoperitoneu

Leituras Complementares

1. Kliegman RM. Neonatal necrotizing enterocolitis: bringing the basic science with the clinical disease. *J Pediatr.* 1990; 117: 836.

2. Lejeune C, Manack Y. Les Symptômes revelateurs du reflux gastro-esophagien en période néonatale. *Journées*

Parisiennes de Pédiatrie. Flammarion. Medicine-Sciences. Paris, 1980.

3. Ryckamn FC, Balistresi WF. Selected anomalies and intestinal obstruction, *in* Neonatal-Perinatal Medicine. Diseases of the fetus and infant. 4th Edition. Avery Fanaroff, Richard Martin (Eds). Mosby Company. St. Louis, 1987.