

# Gastroenterologia

## G 001 RELATO DE CASO: RETOCOLITE ULCERATIVA EM CRIANÇA COM 8 ANOS

LORENA GOTTARDI<sup>1</sup>, PAULA GARCIA<sup>1</sup>, WELLINGTON MAGALHAES<sup>1</sup>, LAURA SERODIO<sup>1</sup>, LETICIA PIMENTEL<sup>1</sup>, DANIELA GOUVEIA<sup>1</sup>, ANDRE PANCRACIO<sup>1</sup>, LUIZ OTAVIO MAGALHAES<sup>2</sup>

1. HSJA  
2. UNIG

**Introdução:** o caso descreve sobre retocolite ulcerativa(RCU), identificado cada vez mais frequente na pediatria. Caso clínico: V.P de 8 anos, sexo masculino, procurou atendimento devido quadro de hematoquezia há 30 dias, emagrecimento de 8 kg, evoluindo posteriormente com diarreia sangüinolenta e febre intermitente. Deu entrada no hospital São Jose do Avai com hemograma: hemoglobina 12.6, hematócrito 38, leucometria 14.800mm<sup>3</sup>, sem desvio para esquerda. Ao iniciar investigação apresentou Parasitológico de fezes: normal, dosagem de toxina a e b para clostridium negativo e calprotectina fecal 212mcg/g. Foi solicitado uma colonoscopia que visualizou padrão vascular submucoso com presença de erosões rasas com fibrina em sigmoide e reto. O mesmo teve alta do serviço com retorno agendado para avaliação257, do anatomopatológico que apresentou macroscopia: quatro fragmentos irregulares de tecido pardo-claro, firme- elástico, medindo entre 0,1 e 0,3 cm de maior eixo. microscopia: doença inflamatória intestinal, compatível com RCU. Ao fechar o diagnóstico e classificar como grau leve, foi iniciado o tratamento com Mensalazina 2000mg/dia. Após 30 dias de tratamento apresentou melhora expressiva dos sintomas com redução das evacuações e com aumento de peso. Discussão: O conjunto de doenças inflamatórias intestinais(DII) crônicas imuno-mediadas é denominado pela RCU, a Doença de Crohn(DC). Cada uma se diferencia de acordo com suas características como a DC que afetar todo o trato gastrointestinal que distingue-se da CU no qual apenas o colo é acometido. Estudos recentes demonstram de forma inequívoca que a incidência de DII está a aumentar internacionalmente devido a um maior número de novos casos de DC. A RCU tem despertado a atenção em nosso meio pelo aumento no número de doentes nos últimos anos. A doença é incapacitante devido ao número aumentado de evacuações com sangue e muco, às vezes, acompanhada de incontinência anal, dores abdominais, náuseas, mal estar, anorexia e perda de peso. Considerações Finais : O caso elucida o acometimento cada vez mais precoce da RCU em crianças, fazendo com que o pediatra tenha cuidado com os diagnósticos inadequados proporcionando melhora da qualidade de vida.

Palavra Chave: Criança, Retocolite Ulcerativa, Diarreia Sangüinolenta

## G 002 ATRESIA ESOFÁGICA E SUAS COMPLICAÇÕES: RELATO DE CASO

ANDRESSA RIBEIRO VEIGA LIMA<sup>1</sup>, FRANCINE DE PAULA ROBERTO DOMINGOS<sup>1</sup>, JÚLIA REZENDE RIBEIRO<sup>1</sup>, BRUNA APARECIDA CARVALHO LUIZ<sup>1</sup>, LUCIANA GIAROLLA DE MATOS<sup>1</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS

**Introdução:** Atresia de esôfago (AE) é uma afecção congênita caracterizada pela ausência de um segmento do esôfago, associado ou não à comunicação com a traquéia. É um distúrbio grave, mas, com avanços no tratamento cirúrgico, a mortalidade diminuiu significativamente. Descrição do Caso: JLSS, 8 meses de vida, prematuro de 28 semanas, nascido com malformação cerebral (ventrículos dilatados, hidrocefalia por estenose de aqueduto de Sylvius) e, após o nascimento foi confirmado atresia esofágica sem fístula traqueobrônquica. Gastrostomizado no 6º dia de vida. Aos 2 meses realizou correção cirúrgica com anastomose esôfago-esofageana e evoluiu com fístula traqueoesofágica cicatrizada por segunda intenção. Recebeu alta 4 semanas depois, sugando seio materno. Aos 4 meses de vida apresentou salivação excessiva e cansaço progressivos, após realização de esofagograma, detectou-se estreitamento completo esofágico e foi programado dilatação via endoscópica. Na endoscopia, confirmou-se estenose total de anastomose esôfago-esofageana e, durante procedimento o paciente evoluiu para uma parada cardio-respiratória que foi revertida. Foi encaminhado para o centro de terapia intensiva (CTI), onde tratou mediastinite com Clindamicina e Amicacina. Na internação, realizou-se esofagostomia à esquerda, recebeu alta do CTI com dieta pela gastrostomia. Atualmente, ainda apresenta quadro recorrente de cansaço, dispnéia, respiração ruidosa e salivação excessiva, sugerindo microaspirações, sempre que há novos episódios de estreitamentos da esofagostomia. Recebe tratamento ambulatorial com dilatação da mesma. Para confirmação das microaspirações foi realizada tomografia computadorizada de tórax evidenciando opacidade em seguimento basal posterior do lobo superior direito e esquerdo. Discussão: A taxa de sobrevivência de recém-nascidos com AE é, atualmente, superior a 90. Complicações no pós-operatório são deiscência da anastomose e estenose, sendo a primeira mais grave e a segunda mais frequente. Isto reflete o elevado número de crianças encaminhadas para tratamento endoscópico das estenoses provenientes de anastomoses. Casos refratários deve-se pensar em refluxo gastroesofágico associado e concomitância de estenose congênita do esôfago, favorecendo a persistência da disfagia, a má resposta à dilatação endoscópica. Conclusão: Criança com AE tem alta possibilidade de cura e boa qualidade de vida quando diagnosticada e tratada precocemente. Assim, há grande importância em divulgar casos como este, para que o prognóstico e complicações possam ser conhecidos e evitados.

Palavra Chave: Atresia, Esôfago, Estenose.

Agradecimentos: À Liga Acadêmica da Saúde da Mulher e da Criança (LASAMC) e à Professora Luciana Giarolla de Matos.

## G 003 DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM PEDIATRIA: PERFIL E SEGUIMENTO EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

SOFIA VIDIGAL DOLABELLA<sup>1</sup>, BÁRBARA FONSECA GAZZINELLI<sup>1</sup>, MATEUS DA COSTA MONTEIRO<sup>1</sup>, CATHARINA WAGNER GIANNINI<sup>1</sup>, ALEXANDRE RODRIGUES FERREIRA<sup>1</sup>, ELEONORA DRUVE TAVARES FAGUNDES<sup>1</sup>, JULIO ROCHA PIMENTA<sup>1</sup>, GRAZIELA CRISTINA MATOS SCHETTINO<sup>1</sup>, PAULA VALLADARES GUERRA RESENDE<sup>1</sup>, MARIA DO CARMO BARROS DE MELO<sup>1</sup>

1. UFMG

**Introdução:** A doença inflamatória intestinal (DII) é caracterizada por inflamação crônica do trato gastrointestinal. O diagnóstico em faixa pediátrica ocorre em 15 a 20. É um importante problema de saúde pública, sendo o tratamento difícil, gerando distúrbios emocionais e graves complicações. Objetivos: Descrever o perfil dos pacientes com Doença Inflamatória Intestinal em um Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica especializado. Metodologia: Pesquisa quantitativa, retrospectiva e prospectiva de dados dos pacientes com DII (0 a 19 anos) atendidos em ambulatório especializado no período de março de 2016 a março de 2018. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Dados foram compilados em ficha de seguimento (perfil clínico, resultados de exames, diagnóstico e terapêutico). Média e desvio padrão, percentual e mediana foram analisados pelo Microsoft Excel versão 2016. Resultados: Atualmente, temos dados coletados de 17 pacientes. Destes, 9 com Doença de Crohn (DC), 7 com Colite Ulcerativa (CU) e 1 com Colite Indeterminada (CI). As manifestações clínicas iniciais de DC foram dor abdominal (77,8 dos casos), sangue nas fezes (44,4), diarreia (66,7), perda de peso (44,4). Já na CU ocorreu dor abdominal (57,1), sangue nas fezes (100), diarreia (85,7) e perda de peso (14,3). A idade do início dos sintomas foi, em média, 8,29 anos, mediana de 8 anos e desvio padrão de 4,73. A idade do diagnóstico teve média de 9,34 anos, mediana 10,33 anos e desvio padrão de 4,39. Quanto ao gênero, 61,9 dos pacientes são do masculino e 38,1 do feminino. Há presença de comorbidades em 62,5. Foi estabelecido um protocolo para as consultas e a solicitação de exames laboratoriais, o qual foi desenvolvido pela equipe participante. Discussão: É documentado o aumento de incidência da DII na pediatria, com escassez de publicações no Brasil. A implantação de um ambulatório especializado com protocolo assistencial otimiza o seguimento do paciente, de forma individualizada e multiprofissional. Conclusão: O tratamento da DII exige seguimento clínico-laboratorial e, dessa forma, elaboração de protocolos. A coleta e análise de dados é fundamental para o melhor acompanhamento.

Palavra Chave: Doença Inflamatória Intestinal, Ambulatório

## G 005 DOENÇA DE CROHN DE INÍCIO PRECOZE: UM RELATO DE CASO

MARIANY HELENA FERREIRA LIMA<sup>1</sup>, JORGE LUÍS DE MORAES DOS REIS<sup>1</sup>, MATHEUS LIMA MIRANDA GONÇALVES FAGUNDES<sup>1</sup>, PEDRO KASCHER SILVA<sup>1</sup>, THAIS LARANJEIRA LAMEIRA<sup>1</sup>, LIGIA LACERDA TEIXEIRA<sup>1</sup>, CAMILA MACHADO DE SOUZA PEREIRA<sup>1</sup>, LIVIA MACHADO RIGOLON<sup>1</sup>, CAMILA SILVA DELGADO<sup>1</sup>, LUCÉLIA PAULA CABRAL SCHMIDT<sup>1</sup>

1. UFFJ

**Introdução:** A incidência de Doença de Crohn (DC) vem aumentando nos últimos anos, afetando 3/100.000 pessoas predominantemente no sexo masculino. Quando diagnosticada antes dos 6 anos é classificada DC precoce.

**Descrição de caso:** S.C.N.O., 5 anos, feminina, natural de Juiz de Fora/MG. Encaminhada ao ambulatório de gastroenterologia pediátrica HU-EBSERH/UFFJ aos 11 meses de idade com quadro de febre e diarreia intermitente há 2 meses, com episódios de fezes sangüinolentas. Fazia uso de leite materno complementado com leite de vaca in natura esporadicamente e também papas de frutas e legumes. Foram prescritos sintomáticos e dieta de exclusão de leite de vaca e derivados para mãe. Houve melhora parcial dos sintomas, mas durante a evolução

## G 004 SÍNDROME DE SANDIFER: RELATO DE CASO

FERNANDA ABREU<sup>1</sup>, MARCELA RIBEIRO<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDADE DE ITAÚNA  
2. NEUROPEDIATRIA VILA DA SERRA

**Introdução:** A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é caracterizada quando o refluxo gastroesofágico origina sintomas e/ou complicações. Em alguns casos, a DRGE pode causar dificuldade no ganho de peso, anemia, postura de hiperextensão dorsal e rotação lateral da cabeça que configura a Síndrome de Sandifer. Embora rara essa síndrome carece de maior atenção pelos profissionais pediátricos para prevenir piora do quadro clínico da criança. Descrição do caso: Paciente 1 ano e 11 meses, sexo feminino, branca, apresenta bom estado geral e adequado desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM). Mãe relata que desde o nascimento a criança possui sono agitado, dificuldade no ganho de peso, e nos primeiros meses de vida apresentava episódios de choro inconsolável após a mamada, seguidos por regurgitação, fez uso de Domperidona e Ramitidina durante 9 meses e iniciou uso de fórmula antirrefluxo até 1 ano de idade, com discreta melhora do quadro. Nos últimos meses a criança apresentou postura cervical anormal ao acordar sem perda de consciência e foi encaminhada ao neurologista. Foram realizados Eletroencefalograma, Ressonância Magnética do Encéfalo e Videoeletroneurocefalograma, este último realizado durante 48 horas de observação. Todos os exames sem alterações significativas afastando suspeita de epilepsia. Prescreveu-se Clobazam 2,5 mg/dia, com leve melhora na qualidade do sono, entretanto apresentou quadro de epigastralgia nos últimos dias. A criança foi encaminhada ao neuropediatra e apresentou exame físico geral sem alterações, exame neurológico normal, DNPM adequado para a idade. Pedido de pHmetria e tratamento com Omeprazol 10mg/dia. Discussão: A Síndrome de Sandifer se manifesta por extensão exagerada e rotação lateral do pescoço, adotada por crianças entre 18 e os 36 meses, em resposta a episódios de refluxo gastroesofágico. A pHmetria confirma o diagnóstico. O tratamento é realizado com mudança no estilo de vida e uso de fármacos para tratar a DRGE. Conclusão: Apesar de não haver muitas publicações na literatura a respeito desta síndrome é de fato importante uma maior investigação pelos profissionais da saúde para evitar diagnóstico tardio e tratamento inadequado com consequente piora do quadro clínico da criança e sequelas.

Palavra Chave: Síndrome de Sandifer, Doença do Refluxo Gastroesofágico

apresentou múltiplas úlceras orais e fissura anal. Internada na enfermaria do serviço de Pediatria HU-EBSERH/UFFJ realizou exames laboratoriais que mostraram anemia, leucocitose, plaquetose, VHS/PCR aumentados e exames endoscópicos que confirmaram DII em atividade, chegando-se ao diagnóstico de DC de início precoce. Iniciado tratamento com metilprednisolona, mesalazina, azioprina e dieta específica para DC com imunomoduladores, com remissão do quadro. Realizada nova ileocolonosopia em 6 meses, dentro do padrão de normalidade. Até o momento não foi necessário iniciar imunobiológico. Mantém acompanhamento ambulatorial, encontrando-se estável e em remissão clínica. Discussão: A DC vem apresentando taxas crescentes na população pediátrica, cujo fenótipo costuma ser mais grave. São sintomas comuns dor abdominal, diarreia, anemia, febre, perda ponderal e atraso no crescimento, além de manifestações extraintestinais. Quanto ao diagnóstico deve-se solicitar perfil de inflamação, avaliação de anemia, estado nutricional, exames endoscópicos e de fezes e descartar diagnósticos diferenciais, como imunodeficiência primária em menores de 2 anos. A ileocolonosopia e EDA com biópsia são padrão ouro para o diagnóstico. Quanto ao tratamento, usualmente opta-se por iniciar medicações menos agressivas deixando como última opção os imunobiológicos, embora atualmente isso seja controverso, com sugestões de inversão desse esquema. Conclusão: Apesar de incomum entre lactentes, as Doenças Inflamatórias Intestinais, principalmente a DC, devem sempre ser lembradas como possíveis diagnósticos diferenciais em lactentes com diarreia crônica. O pediatra deve estar atento para o diagnóstico, avaliando a necessidade de encaminhamento para um gastroenterologista pediatria.

Palavra Chave: Doença de Crohn Precoce, Lactente, Pediatria

## G 006 MANEJO DE DOENÇA HEMORROIDÁRIA EM CRIANÇA DE 11 ANOS COM ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SEM FATORES DE RISCO

CAROLINE SCHLEIFFER BUONICONTI<sup>1</sup>, BRUNA RESENDE DE SOUZA ALMEIDA<sup>1</sup>, THAIS WOLFF DOSSANTOS<sup>1</sup>, ANA CRISTINA SCHLEIFFER<sup>1</sup>, ERIK LEONARDO DA SILVA GONTIJO<sup>1</sup>

1. UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO

Introdução: a Doença hemorroidária é extremamente comum em adultos, porém rara em crianças. A avaliação dos hábitos intestinais, ingestão de alimentos com fibras na dieta e história familiar, em particular nos doentes com rectorragias e antecedentes de neoplasia colorrectal, são necessários na investigação inicial. Os sintomas mais comuns são sangramento, prurido anal, prolapso e dor devido à trombose. A inspeção anal, o toque retal, a anosscopia e a rectoscopia são ferramentas para diagnóstico e terapêutica. Porém, há poucos relatos na literatura sobre o assunto. Através desse relato de caso, objetiva-se difundir o conhecimento sobre como abordar crianças com Doença Hemorroidária. Descrição do caso: TSS, sexo feminino, 11 anos, comparece à consulta de livre demanda na unidade básica de saúde acompanhada do pai devido hematociteza esporádica. Nega constipação intestinal ou diarreia e afirma alimentação rica em fibras, vegetais e verduras. Mãe possui doença hemorroidária, com tratamento de suporte. Ao exame, brevílinea e peso adequado para a idade. Na inspeção anal, hemorróida interna, reduzível a digitopressão, sem sinais de isquemia ou sangramento, e dolorosa ao toque. Hipótese diagnóstica de Doença hemorroidária interna grau II. Discussão: há dois tipos de hemorróidas de acordo com a linha pectínea: internas (acima) e externas (abaixo). São classificadas de grau I a IV. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com fissuras anais, pólipos, prolapso retal e câncer colorretal. Em pacientes pediátricos como o descrito acima, orientam-se mudanças dietéticas, banhos de assento, pomadas anestésicas e antiinflamatório, se dor. Além disso, caso não haja melhora ou inclusive evolua com quadro grave, devem-se pesquisar outras etiologias como Doença de Chron e Retocolite ulcerativa através de VHS, PCR e anticorpos específicos, ou até mesmo hipertensão porta. Na atenção primária, o tratamento sintomático deve ser iniciado e se sintomas persistentes, iniciar investigação com gastroenterologista (eventualmente para banda de ligaduras elástica) ou cirurgião proctológico, inclusive com investigação de doença inflamatória intestinal. Conclusão: a doença hemorroidária é uma doença incomum em crianças e, portanto, devemos quebrar o tabu com relação à mesma, e orientar as crianças quanto à alimentação e se presença de fatores de risco, assim como apoio psicossocial.

Palavra Chave: Doença Hemorroidária, Epidemiologia, Tratamento, Crianças

## G 007 FALÊNCIA INTESTINAL EM PEDIATRIA: MUDANÇA DE PARADIGMA A PARTIR DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO INTESTINAL

CAROLINA ARAÚJO AFFONSECA<sup>1</sup>, MÁRCIA CRISTINA FERREIRA CAMPOS<sup>1</sup>, ELISA SEILER POELMAN<sup>1</sup>, ELISÂNGELA NUNES BEATO<sup>1</sup>, CAMILA FERREIRA CORRÊA<sup>1</sup>, LUÍS FERNANDO ANDRADE DE CARVALHO<sup>1</sup>

1. FHEMIG

Introdução: A falência intestinal (FI) associada a perda funcional/anatômica maciça do intestino delgado é uma condição clínico-cirúrgica extremamente complexa com elevada morbimortalidade, caracterizada por desnutrição grave e infecção sistêmica secundária ao uso prolongado de nutrição parenteral e de acesso venoso central. Objetivo: Descrever como a introdução de um programa de reabilitação intestinal impactou no prognóstico de uma criança portadora de FI. Métodos: Descrição do caso clínico e principais características do programa de reabilitação intestinal. Resultados: M. portador de falência intestinal secundária a gastroquise e intestino curto congênito foi admitido na unidade de internação com 1 ano, pesando 7,8Kg (percentil2). No primeiro mês de internação apresentou quadro de pancreatite e sepse com perda de 500g de peso. Admitido no programa de reabilitação intestinal organizado a partir de visita técnica ao Centro de Reabilitação Intestinal em São Paulo e revisão da literatura. As principais características do programa são: aferição diária de peso e semanal de estatura, cálculo preciso da necessidade calórica para garantir crescimento adequado, progressão da dieta enteral de acordo com a tolerância da criança evidenciada pela quantidade e aspecto das fezes, distensão abdominal e pesquisa de açúcares e gordura fecal, cálculo minucioso da nutrição parenteral (NP) para garantir aporte calórico adequado, instalação de cateter de longa permanência de uso exclusivo para NP, treinamento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com o acesso central e restrição do número de profissionais que manipulam o cateter, estímulo para alimentação oral com intuito de tratar a aversão aos alimentos, uso de emulsão lipídica contendo óleo de peixe para prevenir e tratar a doença hepática associada a NP, estímulo ao desenvolvimento neuropsicomotor. Após 9 meses, M. pesava 13kg (percentil90), aprendeu a andar, aceitava dieta oral, tolerou redução do tempo de infusão diária da NP e pôde ser transferido para assistência domiciliar. Conclusão: A introdução de um programa de reabilitação intestinal alterou de forma impactante a sobrevida e qualidade de vida de um paciente portador de FI possibilitando o retorno para casa em uso de NP, garantindo o convívio familiar e reduzindo os riscos associados a longa permanência hospitalar.

Palavra Chave: Falência Intestinal, Reabilitação Intestinal

## G 008 FALÊNCIA INTESTINAL EM PEDIATRIA: PASSO-A-PASSO PARA A DESOSPITALIZAÇÃO E INSTITUIÇÃO DA NUTRIÇÃO PARENTERAL NO DOMICÍLIO

CAROLINA ARAÚJO AFFONSECA<sup>1</sup>, LUÍS FERNANDO ANDRADE DE CARVALHO<sup>1</sup>, ELISA SEILER POELMAN<sup>1</sup>, MÁRCIA CRISTINA FERREIRA CAMPOS<sup>1</sup>, ELISÂNGELA NUNES BEATO<sup>1</sup>, CAMILA FERREIRA CORRÊA<sup>1</sup>, ANA PAULA OLIVEIRA SILVEIRA<sup>1</sup>, FERNANDA COSTA RUBIM SACRAMENTO<sup>1</sup>, CIBELLE PINHO TALMA<sup>1</sup>, RENATA DE MACEDO MOURA<sup>1</sup>

1. HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II

Introdução: A falência intestinal (FI) associada a perda funcional/anatômica maciça do intestino delgado é uma condição clínico-cirúrgica extremamente complexa com elevada morbimortalidade e longo tempo de permanência hospitalar associada à necessidade de nutrição parenteral (NP) prolongada. Objetivo: Apresentar o trabalho desenvolvido pela equipe CUIDAR (Cuidado Paliativo e Domiciliar) do Hospital Infantil João Paulo II para a organização e implementação de um programa de nutrição parenteral em domicílio. Métodos: Descrição dos principais pilares do programa. Resultados: Foi organizado um programa com a participação da equipe assistencial, gerência administrativa, setores de apoio ao paciente, diretoria do hospital e equipe de atendimento domiciliar para viabilizar a transferência para assistência domiciliar de duas crianças portadoras de falência intestinal em reabilitação e uso de NP. Houve uma reestruturação no processo organizacional hospitalar e assistencial realizada a partir de visita técnica ao centro de reabilitação intestinal de Porto Alegre, cujas principais intervenções foram: discussão multidisciplinar dos casos com comprometimento da equipe em buscar a melhor qualidade de vida possível para a família e para a criança, envolvimento da diretoria administrativa e assistencial no processo, revisão do contrato de prestação de serviço da empresa fornecedora da NP e das bombas de infusão (BI) para garantir entrega diária da NP e uso da BI no domicílio, elaboração de protocolo para sistematizar o uso de NP domiciliar, treinamento dos cuidadores quanto a realização do curativo do acesso central, programação da BI, assepsia das mãos e cateter, instalação e desinstalação da NP e heparinização do acesso venoso central durante a pausa da NP e, por fim, organização do domicílio quanto ao posicionamento de mobiliário, rede elétrica, bancada para manipulação da NP e locais para armazenamento dos materiais necessários para os cuidados com o cateter. Após três meses do início do programa, as duas crianças foram transferidas para o domicílio em uso de NP, garantindo o convívio familiar e reduzindo os riscos associados a longa permanência hospitalar. Conclusão: A partir da participação comprometida da equipe gerencial e assistencial do hospital foi possível organizar e implementar um programa de nutrição parenteral pediátrica em domicílio, pioneiro no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais.

Palavra Chave: Falência Intestinal, Nutrição Parenteral Domiciliar.

## G 009 RELATO DE CASO: DOENÇA DE WILSON

STELLA BORGES SILVA<sup>1</sup>, EDUARDO JOSÉ BRAGA<sup>1</sup>, NAYARA CRISTINA BONOTO<sup>1</sup>, AMANDA KAROLINE SILVA<sup>1</sup>, FRANCINE SILVA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>, JÚLIO ROCHA PIMENTA<sup>1</sup>

1. HOSPITAL INFANTIL SÃO CAMILO UNIMED

Introdução: Doença de Wilson (DW) é uma afecção autossômica recessiva, cuja prevalência estimada é 1:40.000. Ocorre uma redução na excreção de cobre pelas vias biliares e incorporação à ceruloplasmina, acumula-se em diversos tecidos, como fígado, sistema nervoso central e córneas. Caso Clínico: CDSC, 6a, 29kg, sexo masculino, previamente hígido, apresentou colúria, acolia fecal, dor abdominal e icterícia em dezembro/2017. Ultrassom abdominal evidenciou colelitíase. Programada colecistectomia. Exames pré-operatórios demonstraram alteração da função hepática. Iniciado vitamina K, sem resposta. Suspensa abordagem cirúrgica. Investigadas hepatites virais e demais sorologias, negativas. Pesquisados diagnósticos diferenciais de Doença Hepática Crônica: Ceruloplasmina baixa, cobre sérico baixo e cobre urinário alto, suspeitado DW. Como apresentou FAN e anti-músculo liso reagentes, eletroforese de proteínas com predomínio de fração gama, não foi possível descartar Hepatite autoimune. Exame oftalmológico: ausência de anel Kayser-Fleischer (KF). Devido a dúvida diagnóstica, feito teste de provocação com D-penicilamina, com excreção aumentada de cobre urinário após o exame. Mantida medicação em dose de manutenção. Endoscopia digestiva alta evidenciou hipertensão portal. Devido piora importante da função hepática, estado geral e encefalopatia hepática, suspensa D-Penicilamina. Paciente encaminhado ao centro de transplante hepático. História familiar: Mãe e pai hígidos. História de óbito de 2 tios e 1 avô paternos por Hepatite C (sic), na República Dominicana. Discussão: Tríade clássica de apresentação da DW é: doença hepática, neurológica e oftalmológica. Hepatopatia predomina na faixa pediátrica. Diagnóstico pode ser difícil, sem testes acurados e manifestações inespecíficas. Deve-se pesquisar ceruloplasmina baixa além de cobre urinário de 24 horas, cobre livre e dosagem de cobre no tecido hepático elevados. Ao exame oftalmológico, presença de anel de KF confirma o diagnóstico. Tratamento é baseado em drogas quelantes do cobre. D-penicilamina é a droga de escolha, com risco de piora neurológica e de além dos diversos efeitos colaterais. Trientina, tetratiomolibdato e Zinco são alternativas. Transplante hepático é indicado: apresentação fulminante, insuficiência hepática grave, refratária ao tratamento e complicações da hipertensão porta. Conclusão: DW é rara e seu diagnóstico é desafiador. Dados clínicos e laboratoriais não são parâmetro confiáveis isoladamente. Deve-se considerá-la quando há anormalidades hepáticas e/ou neurológicas.

Palavra Chave: Doença De Wilson, Hepatopatia Crônica

## G 010 ADOLESCENTE COM DÉFICIT DE CRESCIMENTO. ALERTA PARA ESOFAGITE EOSINOFÍLICA! RELATO DE CASO

MARCIA REGINA FANTONI TORRES<sup>1</sup>, BÁRBARA FONSECA GAZZINELLI<sup>1</sup>, PAULO BITTENCOURT<sup>1</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Introdução: a esofagite eosinofílica (EEO) é uma doença crônica que afeta crianças e adultos e manifesta-se, na maioria das vezes, com sintomas do refluxo gastroesofágico, disfagia e eosinofilia do esôfago. Complicações graves como estenose esofágica e desnutrição podem ocorrer na doença avançada. O omeprazol é o tratamento inicial de escolha, mas nos casos não responsivos, utiliza-se a dieta de eliminação e/ou corticosteróides, e a dilatação endoscópica, em caso de estenose esofágica. Este é um relato de caso de um adolescente com diagnóstico tardio de EEO, com estenose esofágica e déficit de crescimento. Relato do caso: trata-se de um paciente masculino, 14 anos, com baixa estatura e atraso puberal, queixando de engasgos nos últimos dois anos. Seu pediatra, a princípio, atribuiu o sintoma a problemas de comportamento, e o encaminhou

a um psicólogo. Como o paciente evoluiu com o agravamento dos sintomas, sua família consultou um gastroenterologista pediátrico. Foram descritas características clínicas, história pessoal e familiar, e propedéutica complementar. A endoscopia digestiva alta (EDA) mostrou um esôfago com estrias longitudinais, espessamento do terço proximal e estenose grave. As biopsias mostraram um número de eosinófilos 20/campo. A terapia dietética e o omeprazol foram iniciados. Após 3 meses, os sintomas persistiram e a EDA e as biopsias não melhoraram. Associou-se a fluticasona deglutida, mas não houve melhora na EDA, 4 meses depois. Considerando a refratariedade do tratamento, o paciente foi submetido a dilatações endoscópicas progressivas, sem complicações, e evoluiu com melhora dos sintomas. Está sob acompanhamento clínico e em recuperação nutricional. Discussão: a história natural da EEO é pouco conhecida. A prevalência da EEO está aumentando, mas o número de pacientes no Brasil ainda é desconhecido. A EEO demanda procedimentos invasivos para diagnóstico e tratamento, resultando em impacto físico, psicológico e financeiro substancial. Se o diagnóstico é tardio, complicações graves podem já estarem presentes. Conclusão: diante de paciente com déficit de crescimento e sintomas disfágicos, o pediatra deve estar atento para a possibilidade de EEO. No entanto, o alerta para a EEO deve ser mais precoce ainda, evitando-se os quadros graves.

Palavra Chave: Esofagite Eosinofílica, Déficit Crescimento, Estenose