

DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE TERCEIRO TRIMESTRE DE PERITONITE MECONIAL APÓS ATRESIA DO ÍLEO: RELATO DE CASO

THIRD TRIMESTER PRENATAL DIAGNOSIS OF MECONIUM PERITONITIS FOLLOWING ILEUM ATRESIA: CASE REPORT

MARCELLO VIGGIANO, BRUNA TAVARES, JOÃO LUCAS NETO.

RESUMO

A atresia do íleo em associação com peritonite meconial é uma condição rara, para a qual o mecanismo subjacente à perfuração intestinal não tem sido totalmente reconhecido. Apresentamos um caso de peritonite meconial fetal com atresia do íleo e cordão umbilical hiperespiralado. Clinicamente, a causa da obstrução e perfuração é considerada uma consequência de anomalias vasculares congênitas.

A criança nasceu com 35 semanas de gestação e sobreviveu após tratamento multidisciplinar pós-natal. Nossa experiência sugere que o reconhecimento ultrassonográfico dessa condição rara permitirá o diagnóstico precoce e o manejo cirúrgico adequado para fetos com peritonite meconial após obstrução intestinal.

PALAVRAS-CHAVE: PERITONITE MECONIAL; ATRESIA DO ÍLEO; DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

ABSTRACT

Ileal atresia in association with meconium peritonitis is a rare condition for which the mechanism underlying the bowel perforation has not been fully recognized. We present a case of fetal meconium peritonitis with ileal atresia and a hyper-coiled umbilical cord. Clinically, the cause of obstruction and perforation is considered to be a consequence of congenital vascular anomalies.

The infant was born at 35 weeks of gestation and survived after postnatal multidisciplinary treatment. Our experience suggests that ultrasound recognition of this rare condition will enable early diagnosis and adequate surgical management for fetuses with meconium peritonitis following bowel obstruction.

KEYWORDS: MECONIUM PERITONITIS; ILEUM ATRESIA; PRENATAL DIAGNOSIS

INTRODUÇÃO

A peritonite de mecônio (PM) é uma peritonite química estéril local que resulta da perfuração do intestino no útero¹. Tem uma prevalência estimada de 1 em 35.000 nascimentos. As possíveis causas e patogênese incluem isquemia no mesentério, volvo, atresia intestinal, tampões de mecônio, hérnia interna, doença de Hirschprung, atresia do cólon e fibrose cística¹⁻⁵. Todos os casos de PM têm a mesma etiologia; perfuração do intestino intraútero e inflamação intraperitoneal por derramamento subsequente de mecônio. As diferenças entre os tipos de doenças (generalizadas, císticas e fibroadesivas) dependem do momento da perfuração durante a gravidez.

Ultimamente, a taxa de sobrevivência para PM aumentou como resultado de um avanço nas técnicas de diagnóstico fetal e manejo adequado, incluindo procedimentos cirúrgicos pós-natal e cuidados intensivos neonatais^{2,4,6,7}.

Aqui, relatamos um caso de uma ultrassonografia de rotina do terceiro trimestre em que foi útil para estabelecer um diagnóstico de peritonite meconial e determinar um plano de manejo neonatal.

RELATO DE CASO

Uma primigesta de 24 anos foi encaminhada ao nosso hospital com 35+1 semanas de gestação por expansão intestinal local fetal e polidrâmnio leve. No encaminhamento,

1. Hospital Materno-Infantil, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Brasil

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:
DR. MARCELLO VIGGIANO
Rua 1028 n.70 apt. 902 Setor Pedro Ludovico
Goiânia-GO - CEP 74823-130
Email: marcelloviggiano@ig.com.br

uma ultrassonografia detalhada mostrou uma peritonite meconial do tipo cístico intra-abdominal de 6,3 x 4,8cm associada a hidrocele bilateral, cordão umbilical hiperespiralado e um índice de líquido amniótico de 27,2cm (Figuras 1-4).

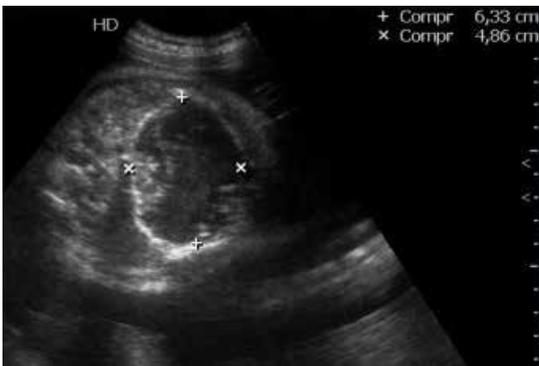


Figura 1. Grande peritonite de tipo cístico intra-abdominal (6,3 x 4,8 cm).

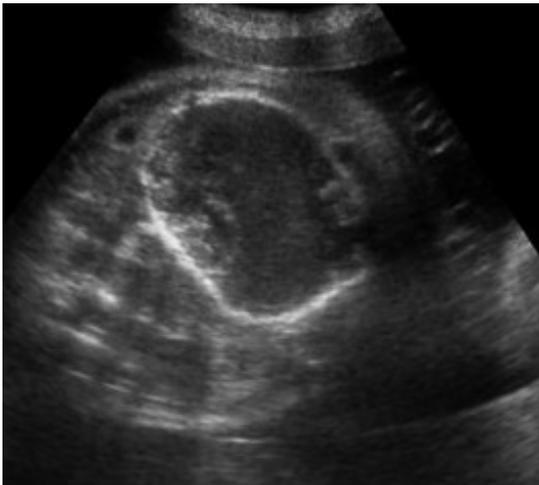


Figura 2. Áreas hiperecogênicas intra-abdominais representando calcificações peritoneais.

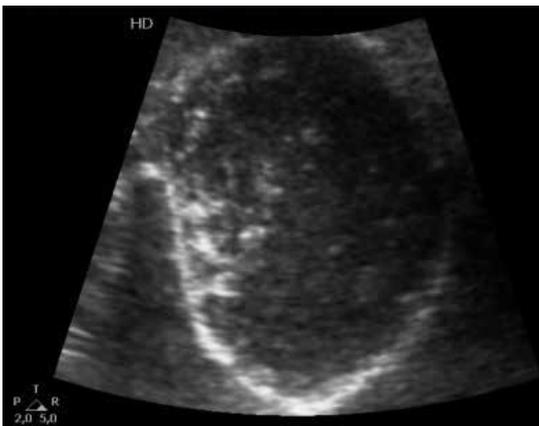


Figura 3. Calcificações peritoneais dentro da peritonite meconial do tipo cístico.



Figura 4. Cordão umbilical hiperespiralado.

Uma pesquisa anatômica fetal excluiu anomalias estruturais. A análise da imunoglobulina M materna excluiu infecções por TORCH. O paciente não tinha história médica ou familiar de doenças.

Suspeitou-se de uma piora aguda da obstrução intestinal no exame de acompanhamento com aumento do líquido amniótico para 31,5cm. A cesariana foi realizada e nascendo um bebê do sexo masculino pesando 2.531g com índice de Apgar de 8 e 9. Aos dois dias de vida, foi realizada laparotomia exploradora por distensão abdominal que confirmou a suspeita de peritonite meconial do tipo cístico. Devido à dificuldade em delinear o intestino viável, uma ressecção do íleo terminal de 15cm foi realizada após o diagnóstico de atresia do íleo perfurado com formação de fístula mucosa (Figura 5).



Figura 5. Ressecção do íleo terminal com criação de fístula mucosa.

Nos últimos dois meses de acompanhamento, essa criança demonstrou crescimento normal sem quaisquer complicações gastroenterológicas; e está aguardando a abordagem do segundo estágio para realizar a reconstrução da continuidade intestinal.

DISCUSSÃO

Mecônio é uma mistura complexa de sais biliares, restos celulares e proteínas. Foi demonstrado que o derramamento desses constituintes ativa células imunes, incluindo macrófagos^{1,3}. Os macrófagos se infiltram no peritônio e participam de uma variedade de funções celulares, incluindo fagocitose, liberação de mediadores químicos e citotoxicidade mediada por células dependente de anticorpos.⁸

A peritonite de mecônio pode ter uma ampla variedade de causas de doenças e apresentações clínicas. Nesse relato de caso, a causa e a patogênese da PM foi atresia intestinal, o que é consistente com a literatura publicada, confirmando a alta taxa de obstrução intestinal que afeta essas gestações.²⁻⁴

O diagnóstico ultrassonográfico é baseado na presença de áreas hiperecogênicas intra-abdominais que representam calcificações peritoneais e, adicionalmente, alças intestinais dilatadas, ascite e pseudocisto de mecônio. A incidência de anormalidades cromossômicas e síndromes genéticas não é aumentada; mas há um alto risco de fibrose cística de até 75%.^{4,6}

Vários estudos avaliaram a precisão do exame de ultrassonografia no pré-natal para diagnosticar PM e prever os resultados do paciente.^{2,6,8} A estratégia cirúrgica combinada com a decompressão da drenagem do cisto seguida por enterostomia temporária logo após o nascimento retarda a reconstrução da continuidade intestinal, e é recomendada, por alguns relatos, para o tipo cístico de PM, mas o procedimento pós-natal depende da apresentação clínica e do estado geral do paciente.^{3,7}

Para melhorar a condição crítica dos pacientes, a intervenção cirúrgica intraútero, como a paracentese fetal, pode ser benéfica, reduzindo a pressão intra-abdominal e removendo resíduos inflamatórios e citocinas.⁸⁻¹⁰

Em conclusão, o diagnóstico pré-natal é importante para a primeira etapa da terapia perinatal de PM, e a ultrassonografia de rotina do terceiro trimestre deve ser considerada para algumas anormalidades de início tardio. O momento do parto e a intervenção fetal de acordo com as condições fetais devem ser discutidos com neonatologistas e cirurgiões pediátricos neonatais em centros de cuidados perinatais e maternos terciários. Os procedimentos cirúrgicos adequados para reduzir a inflamação sistêmica e abdominal após o nascimento podem melhorar o resultado de casos graves de PM.

REFERÊNCIAS

- Shuman C, Beckwith JB, Weksberg R. Beckwith-Wiedemann Syndrome. In: Adam MP, Ardinger HH, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJH, Mirzaa G, Amemiya A, editors. Gene Reviews: University of Washington, Seattle; 1993.
- ABC MED, 2017. Síndrome de Beckwith-Wiedemann. Disponível em:

- <<https://www.abc.med.br/p/sinais.-sintomas-e-doencas/1301778/sindrome-de-beckwith-wiedemann.htm>>. Acesso em: 5 mai. 2021.
- Choufani S, Shuman C, Weksberg R. Molecular findings in Beckwith-Wiedemann syndrome. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2013; 163C(2):131-140.
 - Araujo Júnior E, Simioni C, Nardoza LM, Moron AF. Diagnóstico pré-natal da síndrome de Beckwith-Wiedemann pela ultrassonografia bidimensional e tridimensional. *Radiol Bras* 2013;46(6): 379-381.
 - Eckmann-Scholz C, Jonat W. 3-D ultrasound imaging of a prenatally diagnosed Beckwith-Wiedemann syndrome. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284, 1051.
 - Pappas JG. The Clinical course of an overgrowth syndrome, *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2015; 45(4): 112-117.
 - Weinstein L, Anderson C. In utero diagnosis of Beckwith-Wiedemann Syndrome by ultrasound. *RSNA Radiology* 1980;134(2).
 - Toranzo FJM, Duarte HS, Rodríguez PA. Beckwith-Wiedemann syndrome. Three case report. *Rev ADM.* 2001;58(5):170-172.