

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO
FIGUEIRA-IMIP**

**MEMBRANA CONGÊNITA CAUSANDO ESTENOSE
DUODENAL EM ADOLESCENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso

Autora:

Vanusia Sobral Alves da Silva - Estudante de medicina do 12º período da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Orientadora:

Tarciana Mendonça de Souza Almeida – Preceptora da enfermagem de pediatria do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP

RECIFE, NOVEMBRO 2016

**MEMBRANA CONGÊNITA CAUSANDO ESTENOSE DUODENAL
EM ADOLESCENTE**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE-FPS, PELA ALUNA VANUSIA SOBRAL ALVES DA SILVA, COMO REQUISITO PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE BACHAREL E SUBMETIDO A DEFESA, PUBLICADO E APROVADO PELA BANCA EXAMINADORA EM 8 DE NOVEMBRO DE 2016.

Tarciana Mendonça de Souza Almeida – ORIENTADORA

8 DE NOVEMBRO DE 2016

AGRADECIMENTOS

AGRADEÇO A DEUS POR ESTAR PRESENTE EM TODOS OS MOMENTOS DA MINHA VIDA.

AOS MEUS PAIS, MARIO E ANA QUE ME EDUCARAM E GUIARAM PARA O ALCANCE DOS MEUS OBJETIVOS.

AO MEU ESPOSO, OLAVO VALADARES, POR SEU AMOR, CARINHO E POR ESTAR AO MEU LADO EM TODOS OS MOMENTOS, JUNTO COM O PEQUENO JAVÉ.

A MINHA ORIENTADORA, DR. TARCIANA, PELA SUA ATENÇÃO E DEDICAÇÃO DEMONSTRADA EM TODAS AS PARTES DO TRABALHO.

AOS MEUS TUTORES, DO CURSO DE MEDICINA, QUE ME TRANSMITIRAM TODOS OS SEUS CONHECIMENTOS VALIOSOS.

A TODOS OS MEUS AMIGOS, PELOS BONS MOMENTOS VIVIDOS DURANTE O CURSO.

E A TODOS QUE CONTRIBUÍRAM, DIRETA OU INDIRETAMENTE, PARA A REALIZAÇÃO DESTE SONHO.

RESUMO: As anomalias congênitas duodenais como atresia e membrana congênita apresentam-se comumente na idade neonatal com sinais de obstrução. As membranas duodenais quando perfuradas podem se manifestar mais tardiamente na infância e muito raramente na adolescência. Os autores apresentam um caso de membrana duodenal com uma abertura central muito pequena em uma criança de 12 anos de idade, sem diagnóstico prévio, com características de desconforto abdominal e vômitos recorrentes pós-alimentares.

ABSTRACT: Duodenal congenital anomalies such as atresia and congenital membrane are shown, commonly, in neonatal age with signs of obstruction. Duodenal membranes when pierced may manifest later in childhood and rarely in adolescence. The authors present a case of duodenal membrane with a very small central opening in a 12-year-old child, without previous diagnosis of abdominal discomfort characteristics and post-food recurrent vomiting.

INTRODUÇÃO

As anomalias duodenais congênitas são lesões raras e se originam no desenvolvimento embriológico do intestino, sua incidência na população pediátrica como causa de obstrução e semi-obstrução intestinal é estimada em 1:10.000–1:40.000.⁽¹⁾ As membranas duodenais representam 2% das malformações duodenais e estão relacionadas a outras malformações congênitas em mais de 50% dos casos.^(2,3) Os defeitos congênitos intrínsecos do intestino parecem resultar de uma falência no processo de recanalização do duodeno fetal entre a oitava e a décima semanas de gestação. A estenose de duodeno pode ocorrer por membrana duodenal congênita, pâncreas anular, volvo, má-rotação intestinal, aderências após cirurgias abdominais, entre outros.^(4,5) Nos casos decorrentes à presença de uma membrana duodenal congênita a apresentação clínica costuma ser precoce, ainda no período neonatal com sintomatologia de obstrução intestinal. Neste relato, apresenta-se o caso de uma adolescente portadora de membrana duodenal congênita que veio a apresentar sintomas de desconforto abdominal intermitente e vômitos de forma aguda, quando foi feito o diagnóstico da anomalia.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino de 12 anos de idade, previamente hígida, refere palidez, astenia e dor abdominal há cinco dias da admissão. Foi admitida em nosso serviço com vômitos (2 episódios) e síncope (5 episódios), nas últimas 48 horas. Segundo genitora, menor sempre foi pálida, emagrecida e menor que os irmãos e demais crianças da mesma idade. No entanto, não apresenta as curvas de crescimento da adolescente. Negava internamentos prévios. Relatava queixa de desconforto abdominal intermitente com episódios eméticos ocasionais que não sabia precisar há quanto tempo ocorriam. À admissão, era uma paciente emagrecida, abaixo do escore -3 na curva índice de massa corpórea para idade (IMC/idade) da Organização Mundial de Saúde (OMS), hipocorada 3+/4+, com edema bi-palpebral e apresentando sopro cardíaco em foco mitral com taquicardia associada. Trazia tomografia de crânio sem contraste, realizada em caráter de urgência, que afastava hipertensão intracraniana. Feito eco-cardiograma trans-torácico que não visualizou alterações de câmaras cardíacas ou presença de vegetações intra-cardíacas. Na ultrassonografia de abdômen, não foi visto alterações. Os exames laboratoriais evidenciavam uma hemoglobina de 7,6 mg/dL de caráter hipocrômico e microcítico com moderada anisocitose. Na investigação da anemia da paciente, afastou-se causa hemolítica com eletroforese de hemoglobina sem alterações. Diante da dosagem de ferro sérico 11µg/dL (37 a 145 µg/dL) e ferritina 3ng/mL(6 – 159ng/mL) baixos, foi feito tratamento antiparasitário, iniciado sulfato ferroso e instituída dieta adequada para idade. Contudo a paciente persistia com queda da hemoglobina e relatava desconforto abdominal após as refeições. Foi então investigado sangramento do trato gastrointestinal através de endoscopia digestiva alta que revelou úlceras pépticas gastroduodenais cicatrizadas e uma sub-estenose de duodeno por provável membrana

congenita. Realizou-se uma radiografia contrastada de esôfago, estômago e duodeno (EED) com a seguinte descrição: esôfago visível em toda sua extensão, indicando trânsito intestinal lentificado; estômago com intenso peristaltismo e sinais de luta; bulbo duodenal bastante dilatado, assim como a metade da segunda porção do arco duodenal, onde existe redução do calibre por uma imagem circular e passagem bastante lentificada de contraste observando-se formação diverticuliforme em seu interior. A fim de corroborar os achados da EED, realizou-se uma ressonância magnética de abdome total com contraste que afastou outras causas de estenose duodenal. Optou-se, inicialmente, por abordagem via endoscópica, porém não foi possível ultrapassar a região duodenal sendo então realizado laparotomia exploradora. Os achados cirúrgicos foram de: estômago bastante dilatado, duodeno com dilatação leve da primeira porção que terminava com área de retração entre a primeira e a segunda porção duodenal onde se observou uma membrana bastante espessada e perfurada com luz de cerca de 0,5 cm. Após o procedimento menor evoluiu bem, recebendo alta hospitalar. No seguimento ambulatorial, paciente retornou ao serviço com ganho de peso adequado, melhora dos índices hematimétricos e sem queixas abdominais.

DISCUSSÃO

O desenvolvimento do duodeno tem início na quarta semana de gestação. Ao longo da quinta e sexta semanas, o epitélio prolifera rapidamente, obliterando temporariamente o lúmen intestinal. A degeneração das células epiteliais ocorre durante a 11ª semana de gestação e permite a recanalização do lúmen, restituindo a sua patência.^(6,7) As evidências acumuladas na literatura científica favorecem uma interrupção no desenvolvimento da endoderme como o evento inicial para o processo de atresia ou estenose duodenal.^(8,9)

Nos casos decorrentes à presença de uma membrana duodenal congênita perfurada, a apresentação clínica costuma ser mais tardia, ao contrário dos casos de obstrução completa que se manifestam já no período neonatal. Devido à natureza incompleta da obstrução, os recém-nascidos e lactentes podem tolerar a alimentação em pequenas quantidades justificando o atraso no diagnóstico dessa doença. Geralmente, esses pacientes cursam com vômitos recorrentes, saciedade precoce e déficit pômdero-estatural com variação na magnitude desses sintomas. Destaca-se que essa sintomatologia no lactente pode está presente em outras doenças mais prevalentes, como a doença do refluxo gastroesofágico.^(10,11)

O paciente com membrana duodenal congênita perfurada apresenta com o decorrer dos anos uma adaptação do trato gastrointestinal à estenose, quando não for instituído o tratamento efetivo. Dessa forma, é possível identificar a presença de um estômago dilatado e um bulbo duodenal proximal com um piloro alargado que sugere uma perda progressiva da ação peristáltica compensatória para superar uma pequena abertura duodenal ou estreitamento do duodeno descendente.⁽²⁾

O diagnóstico é feito a partir da suspeita clínica de semi-obstrução intestinal associada à realização de exames de imagem. Destaca-se que o exame contrastado de EED é o de escolha nesses casos, uma vez que irá evidenciar a presença de uma zona de transição entre as porções duodenais.⁽¹²⁾ A excisão da membrana congênita por cirurgia é o tratamento de escolha para esses pacientes. Essa abordagem pode ser realizada por via endoscópica ou por laparotomia, apresentando bons resultados.^(13,14)

Em conclusão, nossa paciente apresentava uma membrana duodenal congênita única na primeira porção duodenal que levou ao inadequado crescimento pômbero-estatural e a sintomatologia gástrica insidiosa da paciente. Assim, apesar de raro se faz necessário que o médico assistente do paciente pense na membrana duodenal congênita como diagnóstico diferencial para os casos de semi-obstrução intestinal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beeks A, Gosche J, Giles H, Nowicki M. Endoscopic dilation and partial resection of a duodenal web in an infant. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009 Mar;48(3):378–81.
2. Ladd AP. Congenital Duodenal Anomalies in the Adult. *Arch Surg.* 2001 May 1;136(5):576.
3. Aguayo P OD. Duodenal and intestinal atresia and stenosis. In: Holcomb GW, Murphy JP E, editor. *Ashcraft's pediatric surgery.* 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2010. p. p.400–5.
4. Low SF, Ngiu CS, Sridharan R, Lee YL. Midgut malrotation with congenital peritoneal band: a rare cause of small bowel obstruction in adulthood. *Case Reports.* 2014 Mar 7;2014(mar07 1):bcr2013202690–bcr2013202690.
5. Etensel B, Özkısactk S, Döger F, Yazıcı M, Gürsoy H. Anomalous congenital band: a rare cause of intestinal obstruction and failure to thrive. *Pediatr Surg Int.* 2005 Dec 20;21(12):1018–20.
6. Fairbanks TJ, Sala FG, Kanard R, Curtis JL, Del Moral PM, De Langhe S, et al. The fibroblast growth factor pathway serves a regulatory role in proliferation and apoptosis in the pathogenesis of intestinal atresia. *J Pediatr Surg.* 2006 Jan;41(1):132–6.
7. Moore, Keith L. / Persaud, T. V. N. / Torchia MG. O aparelho digestório. In: *NACIONAIS E/ M,* editor. *Embriologia Clínica.* 9a ed. 2013. p. 560.
8. Nichol PF, Reeder A, Botham R. *Humans, Mice, and Mechanisms of Intestinal*

- Atresias: A Window into Understanding Early Intestinal Development. *J Gastrointest Surg.* 2011 Apr 30;15(4):694–700.
9. Kanard RC, Fairbanks TJ, De Langhe SP, Sala FG, Del Moral PM, Lopez CA, et al. Fibroblast growth factor-10 serves a regulatory role in duodenal development. *J Pediatr Surg.* 2005 Feb;40(2):313–6.
 10. Kshirsagar AY, Sulhyan SR, Vasisth G, Nikam YP. Duodenal stenosis in a child. *Afr J Paediatr Surg.* 8(1):92–4.
 11. Sarkar S, Apte A, Sarkar N, Sarkar D, Longia S. Vomiting and food refusal causing failure to thrive in a 2 year old: an unusual and late manifestation of congenital duodenal web. *BMJ Case Rep.* 2011 Apr 1;2011.
 12. Lee NK, Kim S, Jeon TY, Kim HS, Kim DH, Seo H Il, et al. Complications of congenital and developmental abnormalities of the gastrointestinal tract in adolescents and adults: evaluation with multimodality imaging. *Radiographics.* 2010 Oct;30(6):1489–507.
 13. Chang Y-T, Chen B-H, Shih H-H, Hsin Y-M, Chiou C-S. Laparoscopy in children with acute intestinal obstruction by aberrant congenital bands. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2010 Feb;20(1):e34–7.
 14. Erginel B, Soysal FG, Ozbey H, Keskin E, Celik A, Karadag A, et al. Small Bowel Obstruction due to Anomalous Congenital Bands in Children. *Gastroenterol Res Pract.* 2016;2016:1–3.