

## ENTEROCOLITE NECROSANTE

A Enterocolite necrosante é a emergência mais comum do trato gastrointestinal no período neonatal. É definida como uma síndrome clínico-patológica que apresenta necrose de coagulação e inflamação idiopática do intestino.

### Fatores de Risco

São considerados fatores de risco relacionados à enterocolite:

- Hipoxia perinatal
- Hemorragia materna antecedendo o parto
- Ruptura de bolsa maior que 36 hs
- Peso ao nascimento menor que 1000gr
- Doença de membrana hialina
- Hipotermia
- Hipotensão
- Cateterismo umbilical
- Uso de vitamina E
- Uso de indometacina
- Uso de metilxantina
- Utilização materna de cocaína
- Policitemia

Em 10 a 30% dos pacientes que desenvolvem enterocolite não é possível encontrar nenhum fator de risco.

Trabalhos têm mostrado que o corticoíde administrado as mães no pré-natal, os prematuros apresentaram menor incidência de enterocolite; o que pode estar associado ao amadurecimento acelerado da mucosa gastrointestinal.

### Quadro Clínico – Exames Complementares

Os sinais e sintomas da enterocolite são variáveis, desde intolerância alimentar até grave comprometimento abdominal com síndrome clínica muitas vezes indistinguível da sepsis.

Os achados gastrointestinais compreendem:

- distensão abdominal

- resíduo gástrico
- vômitos (podendo ser biliosos)
- sangue nas fezes.
- Letargia, apnéia respiratória, instabilidade térmica são achados frequentes.

Ao exame físico poderemos encontrar distensão abdominal, sensibilidade à palpação abdominal e eritema de parede. A presença de massa abdominal indica perfuração localizada ou progressiva irritação peritonial.

Os achados laboratoriais incluem acidose mista (respiratória e metabólica), neutropenia, trombocitopenia e distúrbios hidroeletrólíticos.

Os sinais radiográficos abdominais inespecíficos da enterocolite são dilatação generalizada ou localizada das alças intestinais, espessamento das paredes do intestino e líquido intraperitoneal.

A presença de pneumatose intestinal é diagnóstica de enterocolite.

O pneumoperitônio é sinal de perfuração, embora coleções menores de ar são difíceis de serem localizadas.

A radiografia simples do abdome, em decúbito lateral ou incidência lateral cruzada, deve ser feita de rotina nos pacientes com suspeita de enterocolite.

A detecção sonográfica do gás venoso portal, do gás intramural e do espessamento da parede intestinal precedem os achados radiográficos em muitos pacientes, devendo ser sempre empregada a ultrassonografia nos casos suspeitos de enterocolite.

As complicações tardias da enterocolite (estenose, estreitamento, etc) podem ser confirmados pelos enemas de contraste.

## **Tratamento**

O tratamento clínico consiste em deixar o trato gastrointestinal em repouso, através do emprego de uma sonda orogástrica de grande calibre e instituição de nutrição parenteral. A nutrição parenteral total será necessária na fase aguda da enterocolite.

Em virtude de a enterocolite estar associada a sépsis, ocorre perda de líquido, sódio e proteínas para o terceiro espaço que devem ser repostos.

O balanço hídrico deve ser liberado para 100 – 150% da manutenção prevista para manter o débito urinário em 1-2ml/kg.h.

Observamos que mesmo após a correção da volemia, em muitos casos são necessários o uso de agentes inotrópicos para correção da hipotensão e manutenção do débito cardíaco: dopamina 3-8mcg/kg/min e dobutamina 8-20 mcg/kg/min.

Manter o hematócrito maior que 40% e observar os outros parâmetros hematológicos, como plaquetas, tempo de protrombina, tromboplastina parcial e fibrinogênio. Administrar plaquetas para mantê-las acima de 50.000, sendo que o uso de plasma fresco congelado e crioprecipitado tem sido orientado.

Na suspeita clínica de enterocolite, realizar a triagem infecciosa colhendo hemocultura, coprocultura, líquido e, introduzir antibióticos sistêmicos. O esquema inicial será o mesmo utilizado para o tratamento da sépsis tardia (ver protocolo).

Nos casos de perfuração ou suspeita de infecção por anaeróbios recomenda-se o uso de clindamicina ou metronidazol.

Os resultados das culturas nortearão a utilização dos antibióticos apropriados. O período de antibioticoterapia sistêmica será de 10 a 14 dias.

O tratamento clínico de suporte prevê a entubação e a ventilação com pressão positiva nos pacientes com apnéia, insuficiência respiratória e choque.

A monitorização dos gases sanguíneos é de fundamental importância para a observação de acidose metabólica e sua correção.

Os exames radiológicos deverão ser realizados na fase aguda entre 6 a 8 horas.

### **Tratamento Cirúrgico**

Embora muitos neonatos possam ser tratados clinicamente, 27 a 63% (média 48%) precisam de intervenção cirúrgica.

A maioria dos autores acredita que a única indicação cirúrgica seja a presença de pneumoperitônio e a gangrena intestinal. Constituem indicações relativas a deterioração clínica com acidose metabólica, apnéia, insuficiência respiratória, entre outras. A presença de gás venoso portal constitui uma indicação relativa.

As complicações pós-operatórias incluem as alterações no estoma: retração (17%), prolapso (5%) e hérnia peristômica e as alterações na incisão: infecção (8%), deiscência (5%) e fístula entercutânea (2%).

Os estreitamentos ocorrem em 21 a 39% dos pacientes (média 31%).

Os recém-nascidos operados de enterocolite, 23% desenvolvem síndrome do intestino curto transitória e 8% problemas intestinais persistentes.