

Caso endoscópico

Fernando Pereira¹

O João, com quatro meses de idade foi enviado à consulta de Gastroenterologia Pediátrica por ter sangue e muco nas fezes.

Tratava-se de criança filha de pais saudáveis não consanguíneos, fruto de primeira gravidez de termo sem intercorrências, que nasceu de parto eutócico. Iniciou amamentação no segundo dia de vida que manteve até à data da presente consulta. A sua evolução estatura-ponderal foi normal no percentil 50 e não teve qualquer sintomatologia digestiva até aos 3,5 meses altura em que a mãe começou a notar a presença de pequena quantidade de sangue vivo e muco salpicando nas fezes que por sua vez se tornaram mais moles mas sem aumento de frequência das defecções. Apesar destas alterações a criança continuou a mamar bem e a evoluir adequadamente. A mãe teve quadro de bronquite asmática na infância que resolveu no início da adolescência.

O exame objectivo não evidenciou qualquer alteração, para além de discreto eritema perianal e pequena fissura na comissura anal posterior. Era portador de estudo analítico, incluindo

hemograma com plaquetas, estudo da coagulação, proteínas totais e electroforese, função hepática e renal e bacteriológico de fezes, todos com valores normais.

Em face deste quadro, e considerando a ansiedade dos pais que não conseguimos fazer dissipar durante a consulta, decidimos efectuar uma rectosigmoidoscopia, durante a qual recolhemos a imagem que mostramos na figura anexa.

No contexto descrito qual lhe parece a mais correcta interpretação da imagem:

- 1 – Aspecto normal da mucosa rectal
- 2 – Colite ulcerosa
- 3 – Rectite alérgica
- 4 – Colite infecciosa

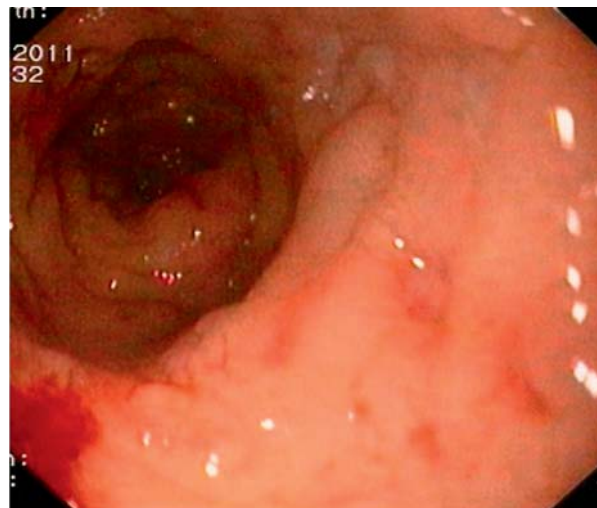


Figura 1

¹ Serviço de Gastroenterologia
Hospital Maria Pia / CH Porto

COMENTÁRIOS

A imagem que apresentamos permite ver edema acentuado, congestão e erosões da mucosa rectal com pequenas áreas hemorrágicas, aspecto que atingia o recto e a porção inicial do sigmoide. Foram efectuadas três biópsias em pontos diferentes, tendo o exame histológico revelado a presença de edema e congestão da mucosa e submucosa, infiltrado de predomínio linfoplasmocitário com importante componente eosinofílico. Decidimos aconselhar a mãe a retirar da sua alimentação todos os alimentos contendo proteínas do leite de vaca e continuar a amamentar a criança normalmente. Três semanas depois voltamos a observar a criança que continuava com óptimo desenvolvimento e tinha dejectos normais.

Tratava-se de rectosigmoidite alérgica induzida pelas proteínas alimentares, a causa mais frequente de rectorragia neste grupo etário, que surge nas primeiras semanas de vida e não interfere com o normal desenvolvimento da criança. A anemia e hipoproteinemia podem ocorrer raramente quando a situação se prolonga. Estas crianças são sensíveis às proteínas do leite de vaca e frequentemente de soja; no entanto, a maior parte fazem amamentação exclusiva e reagem às proteínas excretadas pelo leite materno. Quando iniciam a alimentação diversificada e posteriormente o leite de vaca comercial não desenvolvem qualquer reacção. Têm sido descritos alguns casos semelhantes em crianças mais velhas, até à adolescência, que respondem bem à exclusão das proteínas do leite de vaca da alimentação.

Perante um quadro clínico como o apresentado, sem qualquer perturbação do desenvolvimento, não há justificação para efectuar estudos analíticos nem exames endoscópicos ou histo-

lógicos. Devemos instituir o tratamento adequado e acompanhar atentamente a evolução dos acontecimentos, geralmente favorável, poupando assim a criança a agressões, bem como ao erário público ou os pais a despesas desnecessárias.

ABSTRACT

We present the clinical case of an infant with four months that was observed in the Gastroenterology Department for the presence of mucus and small amount of blood in stool. The child was in breastfed and had normal development and physical examination. Blood and fecal analysis were normal. Rectosigmoidoscopic examination and find an erosive rectocolitis with eosinophils. The diagnosis of allergic proctocolitis was considered. Cow milk products were excluded from the diet and three weeks later the patient was well.

Nascer e Crescer 2011; 20(3): 143-144

BIBLIOGRAFIA

1. Ravelli A, Villanacci V, Chiappa S, Bolognini S, Manenti S, Fuoti M. Dietary protein induced proctocolitis in childhood. *Am J Gastroenterol* 2008; 103:2605-12.
2. Troncone R and Discepolo V. Colon in food allergy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009; 48,suppl 2, S89-91.