

(21322) - DESAFIOS NA TERAPÊUTICA NO DOENTE COM INTESTINO NEUROGÉNICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Sandra Ribeiro Correia¹; Ana Catarina Couto²; Ana Cristina Silva^{2,3}; Isabel Pedroto^{1,2};
F. Castro-Poças^{1,2}

1 - Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto; 3 - Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução: A disfunção intestinal neurogénica (DIN), também designada por intestino neurogénico, é uma complicação frequente de doenças neurológicas crónicas, nomeadamente a lesão da medula espinhal (LME), esclerose múltipla, doença de Parkinson, espinha bífida e síndrome da cauda equina. Apesar das complicações musculoesqueléticas da LME serem visivelmente mais notórias, o intestino neurogénico, pela sua crescente incidência e impacto na qualidade de vida (QV) em termos sociais, económicos e da sua funcionalidade, não deve ser negligenciável. A prevalência mundial de LME é de 2,5 milhões de casos. Estimando-se que 80% dos doentes com lesão da medula espinhal têm DIN associada, sendo mais prevalente do que a disfunção urinária e sexual. As manifestações clínicas do intestino neurogénico dependem do nível medular afetado e da gravidade da lesão medular. Os sintomas gastrointestinais englobam a obstipação crónica, a incontinência fecal, a dor abdominal e a dismotilidade intestinal. Existem dois tipos de intestino neurogénico, consoante a localização do nível da lesão na medula espinhal face ao cone medular. Acima do cone medular (acima de T12) é considerado lesão do neurónio superior, dando origem a hiperreflexia do intestino com aumento da *compliance* do cólon sigmoide e reto, hipertonia do esfíncter anal com disfunção do controlo do esfíncter, mas reflexo de coordenação- propulsão colorretal preservado. Este tipo dá origem a retenção das fezes e obstipação. Por outro lado, se a lesão for abaixo do cone medular, ou seja, lesão do neurónio inferior, resulta tipicamente em hiporreflexia com diminuição do peristaltismo e da propulsão, hipotonia ou atonia do esfíncter anal, causando obstipação crónica e incontinência fecal. As variações dos hábitos dietéticos do

doente, bem como condições pré existentes podem alterar este padrão de funcionamento.

Objetivo: Abordagem terapêutica sistematizada e individualizada do doente com disfunção neurogénica intestinal.

Resumo do caso: Doente de 56 anos, género masculino, paraplégico ao nível T12-L1 em contexto de acidente de trabalho, há 22 anos, com bexiga neurogénica e infeções do trato urinário (ITUs) de repetição com algiações intermitentes pelo umbigo, tendo sido submetido há 2 anos a enterocistoplastia de aumento com ileovesicostomia segundo a técnica de *Yang-Monti* e vários episódios de úlceras de pressão, com osteomielite na anca esquerda. Desde o acidente de viação, que lhe condicionou lesão medular ao nível de T2-L1, com queixas de obstipação crónica e distensão abdominal, em agravamento desde os últimos 3 anos, com dejeções de fezes duras a cada 8-9 dias. Efetuada colonoscopia (sem alterações significativas). Foram instituídas medidas higieno-dietéticas, incluindo, redução de fibras vegetais, ingestão hídrica, massagem abdominal e otimização da terapêutica laxante (2 comprimidos de sene após o pequeno-almoço, 1 colher de sopa de lactulose após o almoço e 1 saqueta de macrogol após o jantar). Em consulta de seguimento, o doente refere não tolerar esquema de laxantes por agravamento das queixas de distensão abdominal. Foi realizado estudo do tempo de trânsito cólico cujo resultado foi 73% percentagem de marcadores retidos, com predomínio no cólon esquerdo. Portanto, dada a obstipação crónica por inércia cólica e ineficácia da terapêutica anterior, o doente foi proposto para colectomia com formação de estoma, que o doente inicialmente recusou. Todavia, por agravamento das queixas de distensão abdominal e necessidade de recurso a manobras de digitação manual, com sensação de esvaziamento incompleto, o doente aceitou ser submetido a colectomia esquerda com colostomia terminal. Atualmente, esvazia o saco de colostomia uma vez por dia, sob macrogol (1 saqueta por dia) e picossulfato de sódio (5 gotas por dia).

Relevância do caso: Os sintomas gastrointestinais surgem devido à lesão dos reflexos autonómicos e entéricos, afetando não só a motilidade intestinal, mas também o processo de evacuação. A gestão do doente com intestino neurogénico é um desafio diagnóstico e principalmente terapêutico.

Palavras-chave: Disfunção neurogénica intestinal, Obstipação, Lesão da medula espinhal