

ser via aberta e sempre que possível excisional. A suspeita tomográfica não exclui outras neoplasias, como o lipoma, que, apesar de um menor risco de malignização, também deve ser removido por sua variante maligna, o lipossarcoma. Já o pancreatoblastoma está associado à síndrome como Beckwith-Widemann não sendo este o caso e se não houver planos de clivagem deverá apenas ser feita diagnóstico de forma incisional para melhor planejamento de neo-adjuvante, mesmo que o tratamento definitivo e potencialmente curativo seja cirúrgico. Estar preparado para estes pacientes requer um serviço de excelência em radiologia, cirurgia e patologia. Lembrando que o plano de clivagem que auxilia na estratégia cirúrgica pode ser feito por ecografistas experientes. **CONCLUSÃO:** Mesmo na suspeita tomográfica de teratoma intrabdominal, o lipoma não pode ser excluído. Já o plano de clivagem deve ser bem determinado para definir a estratégia cirúrgica que influenciará no diagnóstico e prognóstico do paciente.

MANEJO DE OBSTRUÇÃO URETRAL POR CISTO PARAURETRAL EM CRIANÇAS

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: Os cistos parauretrais são congênitos, mas podem se manifestar tardiamente. São recobertos por epitélio e crescem por obstrução ou degeneração cística de remanescentes do seio urogenital (glândulas parauretrais, ductos de Skene, ductos Mullerianos). O crescimento do cisto pode levar ao rompimento espontâneo, entretanto, quando cresce e desloca lateralmente o meato uretral, ocasiona sintomas urinários e tem indicação de cirurgia. **OBJETIVO:** Relatar dois casos de cistos parauretrais em crianças, um menino e uma menina, ocasionando sintomas urinários por obstrução do meato uretral. **MATERIAL E MÉTODOS:** Revisão de prontuário e documentação fotográfica. **RESULTADOS:** No primeiro caso, uma menina de 2 meses com retenção urinária por obstrução do meato uretral por volumoso cisto para uretral. No segundo caso, um menino de 6 anos com disúria e polaciúria por deslocamento lateral do meato uretral. O diagnóstico foi feito pelo exame físico que demonstrava a presença de cisto parauretral com aspecto mucóide, deslocando lateralmente o meato uretral. Os pacientes foram submetidos à excisão dos cistos, sem necessidade de sonda no pós-operatório e evoluíram sem complicações. **CONCLUSÃO:** O crescimento do cisto parauretral desloca o meato uretral da linha média e ocasiona sintomas urinários que podem levar à obstrução parcial ou total do meato uretral. O diagnóstico é realizado pelo exame físico, sem necessidade de investigação adicional, e o tratamento cirúrgico é marsupialização ou excisão do cisto.

MANEJO PRIMÁRIO DE EXTROFIA VESICAL E EPISPADIA NO PERÍODO NEONATAL

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: A extrofia de bexiga pertence a um espectro de malformações congênitas que afeta os sistemas urinário e musculoesqueléticos. A correção cirúrgica deve ser realizada nas primeiras 48h-72 h de vida e pode ser realizada com fechamento combinado primário. **OBJETIVO:** Demonstrar a técnica de fechamento primário combinado da extrofia vesical e epispádia no período neonatal. **MATERIAL E MÉTODOS:** Revisão de prontuário e documentação fotográfica. **RESULTADOS:** Para efetuar o reparo primário no período neonatal é importante a realização de osteotomia para melhor aproximação do púbis, se-

paração completa da placa vesical, com incisão dos ligamentos intersínfises para ampla mobilização da bexiga e fechamento da placa vesical, mantendo o colo vesical e uretra posterior mais profundamente na pelve. Na correção da epispádia concomitante, é importante separar a placa uretral dos corpos cavernosos e tubularizar a neouretra ventralmente com dissecação dos 2 hemis corpores cavernosos e rotação dos mesmos com cobertura total da neouretra. O paciente foi mantido com cistostomia, splints ureterais e sonda uretral por 3 semanas. Após 2 dias de cistostomia clampeada, faz-se ecografia para avaliar a presença de hidronefrose e retirou-se a cistostomia. O paciente apresentou epidermiólise do prepúcio no pós-operatório e curvatura dorsal residual. **CONCLUSÃO:** O fechamento primário combinado de extrofia vesical e epispádia pode ser realizado no período neonatal por equipe médica experiente e cuidados pós-operatórios neonatais intensivos. A cirurgia é tecnicamente difícil, mas o fechamento combinado no período neonatal vai permitir o enchimento e esvaziamento vesical precoce com possibilidade de aumentar a capacidade vesical e pode tornar a criança continente no futuro.

O VOLUME TESTICULAR NÃO PREDIZ O POTENCIAL DE FERTILIDADE EM TESTÍCULOS CRIPTORQUÍDICOS

Nicolino César Rosito, Felipe Holanda, Guilherme Peterson e Rafael Mazzuca

INTRODUÇÃO: O volume testicular é considerado um indicador potencial da contagem de células germinativas e pode ser usado para selecionar pacientes para a terapia hormonal. Entretanto, há uma grande variabilidade na contagem das células germinativas por túbulo seminífero em relação ao volume testicular. **OBJETIVO:** Comparar a histologia e o volume dos testículos intra-abdominais. **MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo prospectivo de 44 testículos de 35 pacientes com testículos intra-abdominais que foram submetidos a orquidopexia videolaparoscópica. A idade dos pacientes variou de 4 a 168 meses, com média de 64 meses e mediana de 53 meses. Os pacientes realizaram biópsia testicular por punção. O índice de fertilidade tubular (IFT) foi estabelecido com o número de túbulos seminíferos com espermatogônias e o número de espermatogônias por túbulo seminífero e a análise volumétrica foi determinada pelo volume dos testículos que foi calculado através da aplicação de duas fórmulas específicas. **RESULTADOS:** O teste de Kruskal-Wallis 1-Way Anova e o Coeficiente de Spearman foram utilizados para verificar a correlação entre o volume testicular e o número de espermatogônias por túbulos seminíferos. O nível de significância estabelecido foi de 5% ($p < 0,05$). A análise volumétrica dos testículos não demonstrou diferença estatisticamente significativa considerando o volume testicular. A correlação não foi estatisticamente significativa entre o volume testicular e a idade ($p = 0,271$). **CONCLUSÃO:** Quando se compara o volume testicular com o número de espermatogônias em 50 túbulos seminíferos deste estudo, encontra-se uma correlação estatisticamente não significativa negativa ($r = 0,047$; $p = 0,760$). O volume testicular não prediz o potencial de fertilidade em testículos criptorquídicos.

ONFALOCELE ASSOCIADO A TRISSOMIA DO 18: RELATO DE CASO

Juliana Dall'Onder, Natália Schilling Ceratti, Bruno Oneto Y Viana Pintos, Tatiana Salini Marin, José Gomes da Rocha Filho, Eduardo Hoffmann Miranda, Andressa Vargas Martins, Lionel Leitzke, Catarina Haverth, Laise Locks Stahlhofer, Vanessa Barrili Busato e Bibiana Dorneles