

de revisão de prontuários. Os parâmetros avaliados foram: tempo de uso de óxido nítrico e milrinone, tempo de ventilação mecânica, tempo de internação em UTI e internação hospitalar, pressão arterial pulmonar pré e pós-operatória, peso e idade no momento cirúrgico e diagnóstico cirúrgico. **RESULTADOS:** O estudo teve um total de 8 pacientes dos quais a idade variou de 2 meses de vida a 14 anos. O diagnóstico de HAP foi através de cateterismo cardíaco ou por ecocardiografia (estimado pelo gradiente VD/AD). Os diagnósticos foram: Comunicação Interventricular (3 casos), Truncus Arterioso (2), Miocardiopatia Dilatada (1), Persistência do Canal Arterial (1), Defeito do septo atrioventricular (1). O tempo de uso de Sildenafil no pré-operatório variou de 2 a 76 dias para pacientes com cardiopatia congênita, e 1 ano no paciente com miocardiopatia dilatada (MD). Apenas 4 pacientes necessitaram NO no pós-operatório, sem efeito rebote ao ser retirado. O Sildenafil no pós-operatório foi usado por 2 a 32 dias e o Milrinone, por 0 a 13 dias. Cinco pacientes no pós-operatório foram extubados em menos de 24 horas e 3 pacientes necessitaram ventilação mecânica por mais de 5 dias por complicações não relacionadas a HAP. **CONCLUSÃO:** O uso de Sildenafil no pré-operatório evitou crises de HAP no pós-operatório imediato, permitiu extubação precoce em 50% dos casos e facilitou a retirada do Óxido Nítrico.

SÍNDROME DA HIPOPLASIA DO VENTRÍCULO ESQUERDO: RELATO DE CASO

Monique Malacarne Michelin, Geanine Göelzer Gobo, Elias Sato de Almeida e Emanuele Grizon da Costa

INTRODUÇÃO: A Síndrome da Hipoplasia do Ventrículo Esquerdo (SHVE) é uma cardiopatia congênita cianótica grave que corresponde a 2% das cardiopatias congênitas. Além da cavidade esquerda hipoplásica, existe atresia valvar aórtica e mitral com uma aorta ascendente de calibre diminuído e a circulação sistêmica só é possível pela perviabilidade do canal arterial. Se não tratada, a SHVE leva ao óbito em 100% dos casos, o que a torna a principal causa de mortalidade neonatal precoce. Atualmente, existem duas opções de tratamento: o transplante cardíaco neonatal e a reconstrução paliativa estagiada descrita por Norwood. Porém, o prognóstico é reservado, mantendo a mortalidade imediata e tardia ainda elevada. **HISTÓRIA:** Recém-nascido do sexo masculino, nascido no HUSFP – Pelotas, de parto cesárea devido a pós-datismo, com escore de Apgar 9/10, pesando 3.325g, sem complicações durante a gestação ou parto. O paciente manteve-se em aleitamento materno exclusivo e sem intercorrências até o segundo dia de vida, quando foi evidenciado sopro cardíaco. Realizada, então, ecocardiografia, que demonstrou hipoplasia ventricular esquerda, hipertensão pulmonar severa, comunicação interatrial moderada e persistência do canal arterial moderada, sem restrição. Foi transferido para a UTI neonatal no 3º dia de vida com cianose central, taquipneia, saturação de oxigênio de 85% em ar ambiente. Com isso, foi iniciado prostaglandina E2 e bicarbonato de sódio melhorando suas condições clínicas. Porém, enquanto aguardava leito em Centro de Referência (Porto Alegre), apresentou piora do padrão respiratório e edema periférico, necessitando dose máxima de Prostaglandina E2 e Furosemida. Como não havia leito para ser transferido antes, deu entrada no Instituto de Cardiologia de Porto Alegre para possível correção cirúrgica apenas no 9º dia de vida, onde, após passagem de cateter venoso central, apresentou bradicardia e não respondeu às manobras de ressuscitação, evoluindo ao óbito. **DISCUSSÃO:** A baixa sobrevida após a Cirurgia de Norwood e a grande restrição ao transplante cardíaco nesta faixa etária, devido a poucos doadores compatíveis e importantes efeitos colaterais da imunossupressão a longo prazo demonstram a gravidade dessa síndrome. Portanto, é imprescindível o rápido acesso a centros especializados para que as chances de sobrevida não diminuam ainda mais.

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA RARA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO EM LACTENTES

Marcio Abelha Martins, Jaqueline Barboza da Silva, Luciano Schopf, Sandra Regina Weber, Clarissa Aires Roza, Sandra Jazorski e Tatiana Kurtz

INTRODUÇÃO: É preocupante o quadro de broncopneumonia em lactentes devido a sua morbimortalidade, além de gastos hospitalares em medicações, procedimentos e internações em UTIs pediátricas. Quadros de repetição requerem atenção do Pediatra para o diagnóstico diferencial e ou epifenômeno no qual a hérnia diafragmática deve ser incluída. **OBJETIVO:** Caracterizar a hérnia diafragmática no diagnóstico diferencial de pneumonias de repetição no lactente. **RELATO DE CASO:** Menino de 5 meses com 2 episódios prévios de pneumonias, pré-natal e parto sem intercorrências, com quadro de IVAS, tosse produtiva persistente prostrado, esforço respiratório e afebril. Identificado leucocitose e consolidação em base pulmonar direita; iniciado penicilina cristalina, porém, sem melhora do quadro com imagem radiológica mantida em base direita, feito raios x em perfil com suspeita de elevação de hemicúpula direita, também identificada na ecografia de diafragma e tomografia torácica. Foi proposta videolaparoscopia com confirmação de hérnia diafragmática direita com saco herniário, realizada correção cirúrgica via laparotomia. Pós-operatório em UTI pediátrica, feitos raios x com hemicúpula direita em mesma altura que a esquerda; mantidos fisioterapia, broncodilatador e uso de antibiótico profilático. Recebeu alta para enfermagem e após recuperação completa recebeu alta com fisioterapia 2 vezes por semana, além do acompanhamento ambulatorial, mantendo-se assintomático até o momento. **DISCUSSÃO:** A pneumonia de repetição pode ser observada em pacientes com patologias prévias como bronquiolites organizadas, bronquiectasias, mucoviscidose e outras doenças crônicas, porém, consolidações fixas ou mantidas devem ter especial atenção ao diagnóstico de malformação, seja pulmonar ou diafragmática, devido ao seu potencial curativo cirúrgico, especificamente na hérnia diafragmática nos lactentes, mesmo não sendo comuns traduz bom prognóstico devido à ausência de hipoplasia pulmonar nestes casos sendo seu diagnóstico e tratamento não muito distinto da eventração diafragmática que na literatura tem sido diferenciada por ecografia ou tomografia que no relato só ocorreu por videolaparoscopia. A hérnia diafragmática a direita só ocorre em 5% das hérnias, sendo bloqueada pelo fígado, o que leva a um quadro mais tardio e menos associado à hipoplasia. **CONCLUSÃO:** A hérnia diafragmática faz parte do diagnóstico diferencial de pneumonias de repetição no lactente e de consolidações radiológicas fixas em base mesmo à direita.

CIRURGIA PEDIÁTRICA

CORREÇÃO CIRÚRGICA DA ATRESIA DE VAGINA EM LACTENTES

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

INTRODUÇÃO: A atresia de vagina é uma rara causas de hidrometrocolpos no período neonatal. **OBJETIVO:** relatar dois casos de atresia de vagina submetidos a vaginoplastia por via sagital posterior em lactentes. **MATERIAL E MÉTODOS:** Relato de dois casos de hidrometrocolpos tipo secretório por atresia de vagina com seio urogenital > 2 cm, submetidos a vaginoplastia

por via sagital posterior. **RESULTADOS:** As crianças nasceram com atresia de vagina com massa abdominal volumosa por hidrometrocolpos que ocasionou hidronefrose bilateral devido à dilatação e deslocamento dos ureteres. No 1º caso, uma punção guiada por ecografia evidenciou 150 ml de secreção clara. A paciente foi submetida a várias punções para descomprimir o hidrometrocolpos e aos 7 meses foi submetida a vaginoplastia e uretroplastia com mobilização em bloco do seio urogenital, com excelente aspecto comético e funcional (Figura 3). O 2º caso foi submetido a descompressão por histerostomia no período neonatal e vaginoplastia aos 2 anos de idade (Figura 2). As vaginoplastias foram realizadas por abordagem sagital posterior, em crianças com seio urogenital > 2 cm, mobilizando em bloco a vagina e a uretra. A Figura 3 mostra o aspecto no pós-operatório tardio. **Conclusão:** A abordagem sagital posterior é uma alternativa para pacientes com atresia de vagina com seio urogenital > 2 cm que serão submetidos a vaginoplastia.

DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA FÍSTULA URETRAL CONGÊNITA

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

INTRODUÇÃO: É uma anomalia rara e geralmente ocorre na área subcoronal do pênis (Figura 1). A associação com hipospádia e chordee sugere que pode ser uma forma de anomalia de hipospádia. A fístula geralmente tem uma uretra distal bem formada (Figuras 2 e 3), mas pode ser estrita com formação inadequada da glândula. O reparo cirúrgico emprega as técnicas utilizadas para a correção de hipospádias e pode envolver simplesmente o fechamento da fístula em múltiplas camadas ou uma reconstrução da uretra distal e da glândula. **OBJETIVO:** Relatar um raro caso de fístula uretral congênita sem hipospádia num lactente de 2 meses, a conduta diagnóstica, o manejo cirúrgico e o resultado. **MATERIAL E MÉTODOS:** Lactente de 2 meses com história de bom jato urinário e gotejamento na porção subcoronal do pênis desde o nascimento. O paciente apresentava uma uretra distal adequada e permeável, com boa formação glandular. A opção cirúrgica foi de fechamento primário da fístula com fio absorvível 7-0 e com cobertura de 2 camadas de retalho de dartos e postectomia. Foi mantido com sonda de silicone por 5 dias. **RESULTADOS:** O paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, com bom jato urinário após a retirada da sonda uretral. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico é clínico e pode ser complementado com uretrocistografia miccional e/ou cistoscopia no momento da correção cirúrgica. Em pacientes com fístula uretral congênita sem hipospádia que apresentam uma uretra distal permeável e adequada conformação da glândula, pode ser submetido simplesmente ao fechamento primário, tendo como opção de suporte a confecção de camadas de dartos.

DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO

Juliana Dall'Onder, Bruno Oneto Y Viana Pintos, Tatiana Salini Marin, Eduardo Hoffmann Miranda, José Gomes da Rocha Filho, Natália Schilling Ceratti, Andressa Vargas Martins, Lionel Leitzke, Paulo Sergio Gonçalves da Silva, Caroline Costi, Carolini Moreira, Cristina Denise Friske, Pâmela de Lima e Bibiana Dorneles

INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel é um resquício embriológico em forma de dedo na borda contramesentérica do íleo terminal, correspondendo a uma falha na regressão do ducto onfalomesentérico, que ocorre entre a 5ª e a 7ª semanas de vida embrionária. É a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, ocorrendo em 2,2 % dos pacientes, com incidência igual

em ambos os sexos. Pode ser assintomático na sua grande maioria, ou sintomático, sendo hemorragias, obstrução intestinal e inflamação seus sintomas mais comuns. **OBJETIVOS:** Descrever um caso de divertículo de Meckel, seu diagnóstico e tratamento. **MATERIAL E MÉTODOS:** Relato de caso. **RESULTADOS:** Menino, branco, 1 ano e 3 meses, nascido em 25/06/09, natural e procedente de Canoas. Procurou a emergência pediátrica de um serviço de saúde em Canoas no dia 19/09/10 com quadro de vômitos e dispnéia, apresentando batimento de asa de nariz e desidratação. No dia 20/09/10 mantinha quadro de vômitos, realizando ecografia abdominal que demonstrou distensão de alça por conteúdo líquido, edema da parede e presença de divertículo de Meckel. No dia 21/09 foi levado ao bloco cirúrgico. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico do divertículo de Meckel, quando assintomático, é difícil. A maioria dos exames complementares capta as alterações decorrentes das complicações, como diverticulite, obstrução da luz intestinal, hemorragia ou ainda perfuração. O tratamento é cirúrgico, com laparotomia transversa supraumbilical direita com a ressecção do divertículo.

ENURESE – TRATAMENTO FACILITADO COM PROTOCOLO

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

INTRODUÇÃO: A enurese noturna primária (ENP) ocorre em 15% das crianças com 5 anos de idade. Há uma variedade de fatores que contribuem para o desenvolvimento da enurese, desde fatores genéticos até estresse emocional. Os distúrbios fisiológicos como poliúria noturna, capacidade vesical pequena funcional, resposta vesical de esvaziamento diminuída e distúrbios do sono estão entre as principais causas da enurese. **OBJETIVO:** Propor um protocolo diferenciado e objetivo para o tratamento da enurese monossintomática e da enurese polissintomática. **MATERIAL E MÉTODOS:** A aplicação do protocolo é baseada em parâmetros clínicos e laboratoriais, direcionando a conduta conforme os achados. **RESULTADOS:** O tratamento proposto para todos os pacientes inclui medidas gerais e comportamentais, aplicação do diário miccional e restrição hídrica à noite. Para os pacientes com enurese monossintomática que apresentam poliúria noturna, avalia-se o uso de desmopressina, e naqueles com a capacidade vesical diminuída, o uso de alarme, ou a associação dos dois tratamentos. Na enurese polissintomática ou nos casos resistentes está indicada avaliação especializada, realização de ecografia e avaliação urodinâmica. Crianças com ENP associada a hiperatividade, déficit de atenção, ansiedade, depressão, dislexia e enxaqueca podem se beneficiar com imipramina. O uso de oxibutinina está indicado em pacientes com contrações não inibidas da bexiga e ou bexigas de pequena capacidade. **CONCLUSÃO:** O uso do Protocolo para ENP monossintomática ou polissintomática favorece a indicação da melhor terapia para o tratamento individualizado dos pacientes. Em algumas situações, a associação de terapias pode ser requerida para melhores resultados.

FECHAMENTO PRIMÁRIO EM GRAVE MORDEDURA CANINA

Marcio Abelha Martins, Jaqueline Barboza da Silva, Daniela Zandoná Brezolin e Camyla Foresti

INTRODUÇÃO: Os acidentes por mordeduras são responsáveis por 1% dos atendimentos médicos de urgência e emergência, sendo a mordedura canina mais comum e as vítimas abaixo de 10 anos mais frequentes. É consenso que em ferimentos corto-contusos deste tipo não devem ser feitas suturas primárias, pelo risco de infecção de partes moles, porém, na prática, e devido à extensão