

e localização de feridas, novos questionamentos estão aparecendo acerca do tema em questão. **OBJETIVO:** Relatar fechamento primário de ferimento extenso de couro cabeludo em criança de menos de 02 anos sem infecção ou seqüela. **RELATO DE CASO:** Menina de 1 ano e 10 meses atacada por cão em couro cabeludo, levada ao PA, onde foi feito atendimento inicial com curativo compreensivo e encaminhada para internação hospitalar. Após 4 h do acidente, foi identificada extensa lesão de couro cabeludo frontal, temporais bilaterais e occipital (avulsão quase completa) até pericrânio. Paciente com calendário vacinal em dia e levada ao centro cirúrgico para lavagem abundante da ferida, debridamento, anestesia local para diminuição da dor pós-operatória e identificados 4 retalhos a serem reconstruídos primariamente com pontos de Blair Donatti com fio nylon 4.0. O pós-op. foi mantido curativo tipo capacete oclusivo por 48 h e mantida amoxicilina e clavulato via oral por 7 dias. Alta no segundo pós-op. sem intercorrências com retorno ambulatorial em 1 semana e 2 semanas com cicatrização excelente de todos os retalhos, feita retirada de pontos sob anestesia em Hospital dia. Após 2 semanas, cicatrizes pouco visíveis com crescimento normal de cabelo. **DISCUSSÃO:** Apesar de ser consenso a cicatrização por segunda intenção, o fechamento primário tem se mostrado com risco infeccioso abaixo da literatura, de 2,5%. No caso relatado, o tempo até o fechamento foi maior que 4 a 6 h, com grande extensão e localização considerada de alto risco infeccioso e hemorrágico com difícil mecanismo de hemostasia e tecido frouxo de fácil propagação infecciosa. Não houve cuidado especial e trocas de curativos, apenas compressão seguida de higiene local, desencorajando uso de pomadas, trocas frequentes e manipulação da ferida como muitas vezes sugeridas pela enfermagem. **CONCLUSÃO:** Ainda que o consenso cirúrgico seja pelo fechamento de segunda intenção, é necessária a realização de estudos que determinem critérios para melhor seleção dos pacientes que se beneficiariam com o fechamento primário sem alterar o risco infeccioso ou postergar sua realização.

HIDRONEFROSE BILATERAL COM RETENÇÃO URINÁRIA POR HIDROMETROCOLPOS

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

INTRODUÇÃO: O hidrometrocolpos volumoso é uma rara causa de hidronefrose no período neonatal. **OBJETIVO:** Relatar dois casos de hidrometrocolpos volumosos com obstrução urinária, hidronefrose bilateral e anúria no período neonatal. **MATERIAL E MÉTODOS:** Revisão de prontuário de dois casos de hidrometrocolpos volumosos, com hidronefrose bilateral e anúria no período neonatal, discussão dos exames de imagem e conduta. **RESULTADOS:** Ambas pacientes nasceram com tumoração abdominal que ocupava toda a extensão da pelve até o epigástrico, com hidronefrose bilateral e anúria. A ecografia mostrou hidrometrocolpos volumoso com hidronefrose bilateral e a tomografia computadorizada demonstrou hidrometrocolpos com dilatação e deslocamento dos ureteres. No primeiro caso, a paciente foi acompanhada por ecografia e punções seriadas para esvaziamento do hidrometrocolpos. No segundo caso, foi realizada uma histerostomia descompressiva. A grande massa ocasionada pelo hidrometrocolpos levou à obstrução bilateral do sistema urinário, ocasionando anúria no período neonatal. A descompressão por punção da vagina e a histerostomia puderam ser utilizadas até a estabilização do quadro clínico e posterior realização da correção da malformação genital. **CONCLUSÃO:** O hidrometrocolpos pode ocasionar obstrução bilateral do sistema urinário, desencadeando hidronefrose bilateral e anúria e deve ser lembrado como causa de hidronefrose. O diagnóstico precoce e a descompressão do hidrometrocolpos propicia a desobstrução e proteção do sistema urinário.

ÍNDICE DE FERTILIDADE TESTICULAR EM TESTÍCULOS INTRA-ABDOMINAIS

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

INTRODUÇÃO: O testículo intra-abdominal pode sofrer degeneração com o aumento da idade. O testículo retido desenvolve progressiva fibrose intersticial e apresenta pouco crescimento tubular. A espermatogênese diminui devido à atrofia dos túbulos seminíferos, ao desenvolvimento da fibrose intersticial e pela expansão do tecido conectivo, causados pela diminuição da vascularização. **OBJETIVO:** Avaliar a viabilidade, a histologia e o índice de fertilidade testicular dos testículos intra-abdominais. **MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo prospectivo de 44 testículos de 35 pacientes com testículos intra-abdominais que foram submetidos a videolaparoscopia para diagnóstico e tratamento. A idade dos pacientes variou de 4 a 168 meses, com média de 64 meses e mediana de 53 meses. Os pacientes foram submetidos a videolaparoscopia para orquidopexia e realizaram biópsia testicular por punção com a utilização da pistola Pró-Mag 2.2, com agulha nº 18, através do trocarte de 3 mm. O índice de fertilidade tubular (IFT) foi estabelecido com o número de túbulos seminíferos com espermatogônias e o número de espermatogônias por túbulo. **RESULTADOS:** O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis 1-Way Anova demonstrou uma correlação estatisticamente significativa entre o número de espermatogônias em 50 túbulos seminíferos e a idade ($p = 0,010$). As crianças submetidas a orquidopexia mais precocemente têm melhor índice de fertilidade testicular dos testículos intra-abdominais. **CONCLUSÃO:** O estudo foi eficaz para avaliar a viabilidade dos testículos. O índice de fertilidade testicular dos testículos intra-abdominais diminui com o aumento da idade dos pacientes. A indicação precoce de cirurgia determina melhor potencial de fertilidade nas crianças com testículos intra-abdominais.

LIPOMA GIGANTE NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSA INTRABDOMINAL

Marcio Abelha Martins, Jaqueline Barboza da Silva e Fatima Cleonice de Souza

INTRODUÇÃO: O lipoma pode ser isolado ou sob forma de lipomatose, nas crianças sua presença é incomum e pode ter apresentação clínica diversa até mesmo como massa intrabdominal nos casos de lipomas gigantes simulando clinicamente e radiologicamente outras neoplasias abdominais mais comuns e de pior prognóstico como pancreatoblastomas, neuroblastomas e teratomas. **OBJETIVO:** Demonstrar que o lipoma gigante pode ser causa de massa abdominal epigástrica em criança, devendo estar incluso no diagnóstico diferencial nas massas identificadas em tomografias como possíveis teratomas. **RELATO DE CASO:** Menina desde 02 anos, com abaulamento epigástrico e com episódio de diarreia volumosa tratada com vermífugo. Abaulamento com crescimento lento e, depois de encaminhada ao gastroenterologista, com 04 anos, foi identificado através de uma tomografia abdominal uma massa abdominal com 21 x 11 x 11 cm sugestiva de teratoma com planos de clivagem em topografia de cólon transversal e estômago progressivamente a criança teve dispnéia e lombalgia cada vez pior, sendo indicada internação feita exeresse completa sem intercorrências via laparotomia transversal. No anátomo-patológico identificado células adiposas sem atipias compatível com lipoma. **Discussão:** O Teratoma em crianças menores que 01 ano tem seu risco de malignização aumentado após 01 ano principalmente seu componente epitelial com apresentação dos carcinomas devendo a cirurgia