



1º CONGRESSO DE
**PEDIATRIA DA
REGIÃO NORTE**
MANAUS - AM
22 A 24 DE JUNHO DE 2023

**22 A 24 DE
JUNHO DE 2023**

Centro de Convenções Manaus Plaza Shopping
Av. Djalma Batista, 2100 - Chapada, Manaus - AM



Trabalhos Científicos

Título: Estenose Hipertrófica De Píloro Com Remissão Espontânea: Relato De Caso

Autores: LETÍCIA ROSSI MARAJÓ GEROLIN (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), ARTUR DIÓGENES PINHEIRO PAIVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), DIANDRA LETÍCIA DE CAMPOS BELOTTO (UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO), LETÍCIA FLÁVIA DA SILVA FURTADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), ERIVELTO EVANGELISTA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), DIEGO AMARAL DE MIRANDA CASTRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU), CELSO MENEZES CHAGAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), ADELMA ALVES DE FIGUEIRÊDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA)

Resumo: A Estenose Hipertrófica do Píloro (EHP) consiste no estreitamento persistente do píloro, dificultando o esvaziamento gástrico. Acomete principalmente meninos e lactentes até os quatro meses de vida. Comumente lactentes com EHP são clinicamente normais ao nascimento. Devido a obstrução gastrointestinal fisiopatológica, o principal sinal clínico é a presença de vômitos não biliosos após as refeições. Com a evolução da EHP, os vômitos podem se tornar mais frequentes, volumosos e apresentar sangue, podendo estar associado a perda de peso. A perda de ácido clorídrico nos vômitos pode levar a alcalose metabólica hipoclorêmica. A ultrassonografia é o exame mais utilizado para confirmar o diagnóstico, excluindo a doença do refluxo gastroesofágico e a atresia duodenal, principais diagnósticos diferenciais da EHP. A piloromiotomia de Ramstedt, criada em 1911, alterou drasticamente o prognóstico de lactentes com EHP, sendo a intervenção de escolha para correção da doença. Lactente, feminino, 3 meses com histórico de crises de choro e irritabilidade às mamadas desde o 15º dia de vida, seguidas de regurgitações, além baixo ganho ponderal. Observou-se ganho de 1755 kg desde o nascimento. Fez uso de omeprazol 2mg/kg, fórmula elementar e espessante desde o 45º dia de vida, dieta materna com restrição de leite de vaca e soja. Após 2 meses, evoluiu com quadros de cianose após regurgitações e vômitos. Foram encontrados arqueamento do tórax e roncocal de transmissão, que intensificavam-se após as mamadas. Suspeitou-se de EHP, solicitando ecografia transfontanela, com resultado normal, devido aos vômitos em jato e USG de abdômen superior. Suspendeu-se espessante, iniciou-se medidas posturais anti refluxo e redução do omeprazol pela metade. O USG demonstrou píloro com espessura de 3 cm, comprimento 2,5 cm e peristalse diminuída. Encaminhado para cirurgia pediátrica, optou-se por não realizar o teste de provocação oral devido a possibilidade de engasgos com cianose. O cirurgião optou por esperar. Aos 5 meses foi realizado novo USG, apenas com regurgitações, sem vômitos e irritabilidade, em uso pleno e exclusivo de fórmula elementar (FE). O último USG realizado não mostrou achado de EHP. Aos 7 meses pesava 8.045 g, em alimentação complementar plena, com excelente aceitação, sem omeprazol, sem sinais de doença do refluxo e com desenvolvimento adequado. Optou-se por trocar a FE por fórmula extensamente hidrolisada. Aos 9 meses ganhou menos peso que esperado (8.300 g), mas estava assintomática, sendo liberado leite de vaca na apresentação de assados. A EHP deve ser considerada como causa de obstrução gastrointestinal superior no período neonatal, mesmo em meninas, sobretudo quando o refluxo for muito proeminente e houver ganho insatisfatório de peso. O diagnóstico do caso só foi realizado após a melhora clínica da paciente. Sendo assim, optou-se, em conjunto com a Cirurgia Pediátrica (CIPE), pelo tratamento conservador, obtendo boa evolução.