1º CONGRESSO SUL-AMERICANO, 2º CONGRESSO BRASILEIRO E 3º CONGRESSO PAULISTA DE
Urgências e Emergências Pediátricas
02 a 05 de maio de 2018 - Centro de Convenções Frei Caneca - São Paulo - SP

Trabalhos Científicos

Título: Pseudocisto Pancreático Por Trauma Abdominal Fechado: Relato De Caso

Autores: MICHAELA LONGONI MANFROI;ANA CAROLINA SALES JREIGE;FLÁVIA CRISTINA BUZATO BROCH;LIANE SANTOS DE ARAGÃO;HÉLIO BUSON FILHO

Resumo: INTRODUÇÃO: Trauma abdominal fechado é comum em crianças, com elevada morbidade e podendo levar ao óbito, dependendo da gravidade das lesões de órgãos internos. As lesões pancreáticas são menos frequentes e têm manifestação clínica variável, às vezes de difícil diagnóstico, o qual pode ser elucidado por tomografia computadorizada (TC). O tratamento do trauma pancreático contuso é também variável, podendo ser clínico e/ou cirúrgico. OBJETIVO: Apresentação de um caso pseudocisto pancreático em criança vítima de trauma abdominal fechado. METODOLOGIA: Estudo descritivo, tipo relato de caso, incluindo dados da admissão, evolução, exames e procedimentos cirúrgicos realizados, durante internação em instituição hospitalar pública de Brasília (DF). Todos os dados foram coletados do prontuário do paciente. RESULTADOS: Criança de 7 anos, masculino, chegou ao pronto-socorro com quadro sugestivo de abdômen agudo. Relatava queda de bicicleta há 20 dias, seguida de aumento gradativo do volume abdominal, acompanhado de dor e vômitos. TC abdominal revelou volumosa massa cística encapsulada anterior ao pâncreas, e uma lesão na transição entre a cabeça e o corpo pancreático, caracterizando um pseudocisto pancreático (PCP). Inicialmente, foi submetida à drenagem percutânea do PCP, guiada por ultrassonografia. Após 10 dias, ultrassonografia identificou volumosa lesão cística persistente, adjacente ao pâncreas, e a amilase sérica permanecia elevada. Optou-se pela revisão cirúrgica aberta com troca do cateter de drenagem. Houve piora clínica e nova TC abdominal evidenciou 2 formações císticas intercomunicantes, uma maior, com efeito de massa deslocando alças intestinais, e outra menor, justapancreática. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora, com ressecção parcial da cápsula do PCP e pancreatectomia corpo-caudal, sendo deixado dreno peripancreático. Evoluiu com fístula pancreática cutânea, tratada clinicamente com nutrição parenteral total e octreotide, com boa evolução. No 20º dia pós-operatório, iniciou dieta enteral e depois oral, com boa aceitação. Teve alta hospitalar 41 dias após a admissão. CONCLUSÃO: Crianças com lesões pancreáticas traumáticas não identificadas e com boa evolução clínica inicial podem desenvolver PCP. O tratamento do PCP em crianças é complexo, especializado e multidisciplinar, devendo ser individualizado para se adequar às necessidades de cada paciente.