



24º Congresso Brasileiro de
PERINATOLOGIA
de 26 a 29 de setembro de 2018
Natal • RN

Trabalhos Científicos

Título: Pâncreas Anular - Relato De Caso

Autores: MONIQUE CORRÊA SANTOS (UNIVERSIDADE IGUAÇU), DANIELLE SULAMITA VIEIRA DA SILVA PIO, LUCIENE AMARAL, ALINE SANTOS MESQUITA FERREIRA, ERICA CERQUEIRA LOPES, ROBERTA SERRA, MARCELA BOTTINO, VIVIAN ALMEIDA

Resumo: O pâncreas anular é uma rara anomalia do desenvolvimento intra uterino. Representa 1 das obstruções extrínsecas intestinais neonatais. O objetivo deste trabalho é descrever o quadro clínico de um paciente recém nascido sem diagnóstico pré-natal. Paciente nascido de parto vaginal, 39 semanas de gestação, apresentando no terceiro dia de vida febre, episódios de regurgitação com sangue, um episódio de fezes com sangue, icterícia, abdômen distendido e ausência de ruídos hidroaéreos. Foi transferido do hospital onde nasceu no quinto dia de vida, pois apresentou clínica de abdômen agudo, necessitando de parecer cirúrgico. No pré-operatório, foi realizado radiografia de abdome que apresentou volumosa distensão gástrica, não visualizando alças intestinais e nem gases na ampola retal. Foi encaminhado para a cirurgia com diagnóstico inicial de obstrução intestinal. Durante o procedimento cirúrgico de ressecção do ligamento gastrocólico e liberação parcial do duodeno, foi identificado pâncreas anular com banda pancreática na segunda e terceira porção duodenal. Realizou-se a ressecção da banda pancreática com conseqüente liberação parcial da luz duodenal, não o suficiente para a passagem de uma sonda transanastomótica porque o jejuno distal tinha calibre muito diminuído, sendo colocada somente uma sonda orogástrica. Foi realizada anastomose duodenojejunal da primeira porção duodenal com alça de jejuno. O paciente após a cirurgia foi encaminhado à unidade de terapia intensiva neonatal em uso de ventilação mecânica. Como havia uma importante desproporção entre a primeira porção do duodeno bastante distendida e o jejuno de desuso, que não comportava nem o cateter nasoenteral de menor diâmetro que não garantiu a luz patente, foi necessário esperar migrar o ar do estômago para o intestino, depois secreções, o que levou um longo período em dieta zero. Após trinta e dois dias da duodenojejunostomia foi iniciada dieta trófica com evolução satisfatória até dieta plena. Evoluiu satisfatoriamente no âmbito cirúrgico. No presente estudo foi utilizada a derivação duodenal devido ao acentuado grau de estenose, com restabelecimento da luz duodenal. A raridade desta afecção não permite a realização de estudo comparativos.