

Trabalhos Científicos

Título: Estenose Hipertrófica De Píloro Cursando Com Alcalose Metabólica E Hiponatremia Grave - A Importância Do Diagnóstico Precoce

Autores: GUILHERME DE LIMA SCHWAIKARTT (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), NAIARA FABIANA DE LARMELIN (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), ELUAN JOEL RODRIGUES DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), MYLENA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), WEMERSON GERALDO DE QUEIROZ FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), RUAN KELVIN WINK SCHELL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), MARCELA SOARES (HUOP), CAMILA MOREIRA BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), GABRIELLA SILVA SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), GIOVANNA CRACCO DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), MARINA GOMES ALDENUCCI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), SONIA MARA DE ANDRADE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), JANIELE STAIANOV (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), ISADORA DE LIMA SCHWAIKARTT (UNOESC)

Resumo: A estenose hipertrófica de píloro (EHP) é comum em lactentes de 3 a 6 semanas e pode ser influenciada por fatores genéticos e pelo uso de mamadeira. Os principais sintomas são vômitos não biliosos, ondas peristálticas visíveis e uma massa palpável no abdômen superior. O diagnóstico é feito por ultrassonografia (USG) e o tratamento é a piloromiotomia após correção de desequilíbrios eletrolíticos. Lactante de 47 dias deu entrada no pronto socorro (PS) com queixa de vômitos recorrentes há 5 dias após aleitamento. Na ocasião, recebeu diagnóstico de regurgitação fisiológica do RN, tendo alta com orientações. Após 21 dias, mantinha quadro de vômitos, mesmo seguindo orientações de posição e diminuição de fórmula. Na ocasião, foi evidenciado baixo ganho ponderal (8,5g/dia) e anemia (Hb 9,54g/dL), sendo encaminhado ao serviço de alto risco. Durante seguimento, o paciente recebeu fórmula extensamente hidrolisada, leite de vaca diluído e leite humano. Recebeu o diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico sendo tratado com omeprazol. Aos dois meses, lactante retorna ao PS devido crise de perda de fôlego, recebendo alta após melhora. Aos três meses, foi encaminhado do serviço de alto risco ao PS, pois apresentava-se hipocorado, gravemente desidratado e com perda de peso importante (975g em 20 dias). Os exames de sangue evidenciaram hipocalemia, alcalose metabólica grave e injúria renal aguda (Hb 10,5, Ureia 191,4, Cr 1,81, Na 126,3, K 2,2, Mg 2,9, TGO 34, TGP 21, PCR 5,0, albumina 4,8, pH 7,67, PCO₂ 48,3, PO₂ 57,6, HCO₃ 54,5, SatO₂ 94%). Encaminhado à UTI pediátrica, foi diagnosticado com EHP através de USG de abdômen. Neste serviço, evoluiu com hemorragia digestiva alta. Desse modo, realizado correção dos distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos e estabilização hemodinâmica. Após, passou pela cirurgia de piloromiotomia sem intercorrências. Paciente evoluiu bem, tolerou dieta inicial sem vômitos ou distensão abdominal. Em seguida, recebeu alta hospitalar para seguimento no ambulatório de gastropediatria e omeprazol de manutenção. Neste caso, observa-se um paciente com diagnóstico tardio de EHP, inicialmente sem alterações no exame físico e com sintomas exacerbados posteriormente, levando a alcalose metabólica grave. Portanto, enfatiza-se a necessidade do diagnóstico diferencial metucioso em RN com histórico de vômitos persistentes. Na EHP o diagnóstico precoce é crucial, pois essa patologia pode cursar com desnutrição e desidratação severas se não for diagnosticada e tratada. Recomenda-se um exame físico minucioso e USG para confirmar o diagnóstico em RN com sintomas típicos.