PD_23

RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA NUM RECÉM-NASCIDO – CASO CLÍNICO

Ana Coelho[1]; Catarina Sousa[1]; Ana Sofia Marinho[1]; Ribeiro de Castro[1]; Fátima Carvalho[1]

[1] Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A retenção urinária aguda é pouco comum na população pediátrica e pode ser sintoma de uma lesão maligna. Apresentamos o caso clínico de um recém-nascido com uma retenção urinária aguda provocada por uma massa cística pélvica.

Caso Clínico: Recém-nascido de 3 meses foi levado ao Serviço de Urgência com uma retenção urinária aguda. Ao exame objectivo a bexiga encontrava-se muito distendida e palpável, o que motivou a colocação de uma sonda vesical. A ecografia abdominal descreveu uma lesão cística infravesical, com 5 cm de diâmetro. Na cistouretrografia miccional retrógrada foi excluída estenose da uretra, e visualizou-se a bexiga desviada cranialmente, numa posição totalmente intra-abdominal e extra-pélvica, sem defeitos de preenchimento. A RM revelou uma massa multicística que media 3,6x6,2x4 cm, a ocupar a totalidade da pelve, com compressão da uretra, e provocando um desvio cranial da bexiga. Foi colocada, como hipótese de diagnóstico mais provável um teratoma sacrococcígeo multiloculado e cístico. No estudo analítico os níveis de alfa-fetoproteína (AFP) estavam elevados (179,8µg/L, normal <30µg/L). O recém-nascido foi submetido a cirurgia; foi identificada a lesão cística pélvica, a provocar um desvio cranial anormal da bexiga e dos ureteres. Foi feita uma resseção total da massa. A anatomia patológica revelou uma lesão cística com epitélio cilíndrico ciliado, sem sinais de malignidade. Um mês após a intervenção, a ecografia abdominal não mostrou nenhuma lesão pélvica nem outra anomalia. Nove meses após a cirurgia os níveis séricos de AFP eram normais.

Comentários: As massas pélvicas, na população pediátrica, podem ser congénitas e ter uma origem muito variada. A sua apresentação clínica normalmente relaciona-se com a etiologia, o tamanho e a localização. Neste caso clínico, a retenção urinária aguda, foi provocada pela presença de uma massa cística pélvica a causar compressão da uretra. A RM, os níveis de AFP e o relato cirúrgico fazem com que o diagnóstico mais provável seja o teratoma sacrococcígeo, apesar de um resultado inespecífico na anatomia patológica. O prognóstico normalmente é bom, e depende do tamanho do tumor e da resseção cirúrgica imediata e completa. Perante um recém-nascido com uma retenção urinária aguda a investigação diagnóstica e orientação terapêutica devem ser imediatas.

PD_24

DISPNEIA DE INICIO SÚBITO E CIANOSE: DA CLÍNICA AO DIAGNÓSTICO

Alexandra Martins[1], Isabel Nunes[1], Mariana Pinto[1], João Nascimento[2], Nuno Pacheco Pereira[2], Sandra Rocha[2], Lúcia Gomes[1]

[1] Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga

[2] Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Na idade pediátrica os acidentes são uma importante causa de morbimortalidade. Uma anamnese detalhada e um exame físico completos são fundamentais no diagnóstico diferencial, contribuindo para um tratamento que, caso seja desadequado ou adiado, pode trazer consequências fatais.

Caso Clínico: Criança de 15 meses, sexo masculino. Antecedentes de bronquiolite. Observado por início súbito de dificuldade respiratória e cianose. Referia um possível engasgamento com feijão, ocorrido cerca de 6 horas antes, com rubor facial, sem cianose e que resolveu espontaneamente. Terá estado assintomático após o episódio. À admissão apresentava cianose perioral, tiragem global e hipóxia. Na auscultação pulmonar constatado inicialmente murmúrio vesicular (MV) bilateral com sibilos e prolongamento do tempo expiratório tendo evoluído para diminuição do MV à direita. Realizou nebulização com salbutamol e corticóide i.m., com melhoria transitória do SDR e reversão da cianose mantendo, porém, hipóxia importante. A radiografia de tórax apresentava hipotransparência de todo o campo pulmonar direito, compatível com atelectasia. Entubado eletivamente e orientado para realização de broncoscopia rígida que confirmou o diagnóstico de aspiração de corpo estranho. Verificada oclusão completa do brônquio pulmonar direito e fragmentos do corpo vegetal com migração para a árvore brônquica esquerda que dificultaram a extração do mesmo. Por esse motivo decidido internamento na UCIP, tendo iniciado antibioterapia endovenosa e mantido sob ventilação invasiva até D4.

Comentários: A aspiração de corpo estranho é um evento frequente em idade pediátrica, potencialmente ameaçador da vida. A clínica é variável podendo manter-se assintomático várias horas e iniciar queixas de forma súbita. A anamnese detalhada pode ser a chave do diagnóstico, possibilitando o tratamento precoce e diminuindo a co-morbilidade associada.