

sonográfico do hemangioma ocorre com mais frequência a partir do final do segundo trimestre. A definição da topografia e extensão da lesão é fundamental para programação prévia do tratamento pós-natal. Portanto, a ultra-sonografia tridimensional é um método aplicável no diagnóstico e acompanhamento pré-natal do hemangioma. **Referências:** 1. Rotas M, Haberman, S, Merhi ZO, Morcos M. Prenatal diagnosis of giant fetal truncal hemangioma by means of 2- and 3-dimensional sonography with magnetic resonance imaging. *J Ultrasound Med* 2006;25:527-231. 2. Yoshida S, Kikuchi A, Naito S, et al. Giant hemangioma of the fetal neck, mimicking a teratoma. *J Obstet Gynaecol Res* 2006;32:47-54. 3. Kashima H, Unno N, Hyodo H, et al. Antenatal sonographic and magnetic resonance images of a giant hemangioma of the fetal skull. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;25:52-53.

## PEDIATRIA

/ PE-231 /

### ESTUDO RETROSPECTIVO DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ENSINO.

*Martins PAP; Martins EBL; Rocha CHL; Sousa LG; Carvalho ILNF; Martins Júnior PAP; Martins LAC; Martins FAC; Cunha DL.*  
Hospital Infantil Lucídio Portela.

**Introdução:** A obstrução intestinal, por definição é a parada da progressão normal do conteúdo intestinal. Há represamento do conteúdo no interior das alças intestinais, que associado a vômitos pode levar à distúrbios metabólicos e aumento da pressão luminal, que pode levar à isquemia, necrose e perfuração das alças. Pode ser classificada quanto ao grau de oclusão em completa, incompleta ou em alça fechada, quanto à natureza da obstrução em mecânica ou funcional e quanto ao nível em alta (delgado) ou baixa (cólon). A faixa etária do paciente é importante no estudo das obstruções intestinais porque as causas variam muito segundo a idade. Será abordada neste estudo a faixa etária pediátrica, sendo que neste período as causas mais comuns relatadas na literatura são as malformações do tubo digestivo congênitas, doença de Hirschsprung, hérnia inguinal encarcerada, intussuscepção intestinal, aderências pós-operatórias e novelo de *Ascaris lumbricoides*. O diagnóstico da obstrução intestinal na maioria das vezes é clínico, sendo os sinais e sintomas mais freqüentes a dor abdominal, vômitos, distensão abdominal, parada de eliminação de flatos e fezes. Exames de imagem tais como RX simples e contrastado e ultra-sonografia de abdome, tem grande importância na confirmação do quadro sindrômico de obstrução intestinal e algumas vezes pode suspeitar da etiologia. O objetivo desse trabalho é analisar as principais etiologias, bem como os principais achados radiológicos de pacientes com obstrução intestinal na faixa etária pediátrica em hospital de ensino especializado **Materiais e métodos:** Foram analisados retrospectivamente os prontuários de 96 crianças internadas no Hospital Infantil Lucídio Portela em Teresina, PI, durante o período de janeiro à dezembro de 2006, com diagnóstico confirmado de obstrução intestinal, sendo analisadas as etiologias, aspectos clínicos e radiológicos. **Resultados:** As principais etiologias encontradas foram as malformações ano-retais (20,8%), sendo a principal o ânus imperfurado. Também com incidência significativa apareceram estenose hipertrófica do piloro (16,7%), hérnia encarcerada (14,6%), megacólon congênito (13,5%), invaginação intestinal (11,5%), neoplasias (5,2%). Foram encontrados ainda casos de atresia do tubo digestivo, fibrozoar, novelo de áscaris, má-rotação intestinal, volvo de delgado, íleo meconial, apendicite e enterocolite necrotizante. A faixa etária mais acometida foi o primeiro mês de vida (36,5%). Os principais achados radiológicos encontrados foram distensão de alças intestinais com formação de níveis hidroaéreos. **Conclusões:** As principais causas de obstrução encon-

tradas foram as malformações ano-retais, sendo a principal o ânus imperfurado, seguidas de estenose hipertrófica do piloro, hérnia encarcerada, megacólon congênito, invaginação intestinal. Os exames radiológicos foram úteis para reforçar o diagnóstico sindrômico de obstrução intestinal e foram específicos na determinação de algumas etiologias.

**Referências:** 1. Bigelli RHM, Fernandes MIM, Galvão LC, Sawamura R. Estudo retrospectivo de 53 crianças com doença de Hirschsprung: achados clínicos e laboratoriais. *Medicina, Ribeirão Preto* 2002;35:78-84. 2. Brenner S, Campos GMR, Brenner AS, Shulz S, Coelho JCU. Oclusão intestinal: análise de 267 casos. *Rev Col Bras Cir* 1994;21:1-5. 3. Davenport M. ABC of general surgery in children: surgically correctable causes of vomiting in infancy. *BMJ* 1996;312:236-239. 4. Hernanz-Schulman M. Imaging of neonatal gastrointestinal obstruction. *Radiol Clin North Am* 1999;37:1163-1186. Loening-Baucke V, Kimura K. Failure to pass meconium: a diagnosing neonatal intestinal obstruction. *Am Fam Physician* 1999;60:2043-2050. 5. Moreira Jr H, Moreira H, Isaac RR, et al. Obstrução intestinal – análise retrospectiva da etiologia e morbi-mortalidade no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO). *Rev Bras Coloproctol* 2005;25:137-145. 6. Vidal MAN. Obstrução intestinal: causas e condutas. *Rev Bras Coloproctol* 2005; 25:332-338.

/ PE-232 /

### SEQÜÊNCIA DE PIERRE ROBIN ASSOCIADA A FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA E ANOMALIAS DE EXTREMIDADES: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

*Martins PAP; Martins EBL; Martins Júnior PAP; Coelho JF; Martins LAC; Martins FAC; Martins RL; Cunha DL.*  
Maxi-Imagem – Teresina, PI.

**Introdução:** A seqüência de Pierre Robin (SPR) é caracterizada por micrognatia, glossoptose associada ou não à fenda palatina. Foi descrita por Pierre Robin em 1934 como uma síndrome, mas com o passar do tempo percebeu-se que se tratava na verdade de uma tríade de anomalias não-específica que pode ocorrer isolada, associado à síndromes específicas ou à outras anomalias do desenvolvimento não-específicas, passando a ser denominada então de SPR. Possui incidência aproximada de um caso para cada 14.000 nascimentos, sendo que em 48% dos casos a seqüência vem isolada, em 35% é associada à outras síndromes e em 17% é associada à outras anomalias. A associação com anomalias de extremidades já foi descrita juntamente com baixa estatura, fenda na mandíbula na síndrome de Richieri Costa Pereira. Já a associação da SPR com fístula traqueoesofágica ou atresia esofágica é extremamente rara, havendo apenas três casos relatados na literatura. Porém, em pesquisa realizada nos sistemas de busca Lilacs e Medline não foram encontrados relatos da associação entre SPR, anomalias de extremidades e fístula traqueoesofágica. **Relato do caso:** Paciente sexo masculino, 1 ano e 10 meses, nascido de parto cesáreo à termo, sem intercorrências na gravidez ou parto. No exame físico após o nascimento foi verificada presença de micrognatia, fenda palatina, implantação baixa de orelhas, polidactilia (seis dedos na mão direita), e pé torto. Mãe relata que desde o período neonatal o filho apresenta pneumonias de repetição, tendo sido internado diversas vezes. Foi realizada tomografia computadorizada helicoidal de tórax que evidenciou comunicação entre esôfago e brônquio fonte esquerdo. O paciente foi submetido à gastrostomia e aguarda correção da fístula. **Discussão:** No caso relatado, desde o nascimento foram observadas as alterações características da SPR associadas à implantação baixa de orelhas e anomalias nas extremidades. Devido à presença de episódios freqüentes de pneumonias de repetição foi realizada investigação adicional com tomografia computadorizada helicoidal de tórax que mostrou a comunicação entre o esôfago e brônquio fonte esquerdo, o que poderia explicar os episódios de pneumonia, que poderia ser causada pela passagem do conteúdo do esôfago para os pulmões. O paciente não foi submetido à exame contrastado do esôfago pela possibilidade de piora do quadro pulmonar e devido à

consistência dos achados tomográficos. Relatos da associação entre SPR, anomalias de extremidades e fístula traqueoesofágica não foram encontrados em pesquisa realizada nos sistemas de busca Lilacs e Medline, demonstrando a raridade do caso. **Referências:** 1. Cohen MM Jr. The Robin anomaly: its nonspecificity and associated syndromes. *J Oral Surg* 1976;34:587–593. 2. Gomes GF, Pisan JC, Macedo ED, Campos AC. The nasogastric feeding tube as a risk factor for aspiration and aspiration pneumonia. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2003;6:327–333. 3. Marques IL, de Sousa TV, Carneiro AF, Peres SP,

Barbieri MA, Bettiol H. Seqüência de Robin – protocolo único de tratamento. *J Pediatr (Rio J)* 2005;81:14–22. 4. Ozkan KU, Coban YK, Uzel M, Ergun M, Oksuz H. Pierre Robin sequence with esophageal atresia and congenital radioulnar synostosis. *Cleft Palate Craniofac J* 2006;43:317–320. 5. Richieri-Costa A, Pereira SC. Short stature, Robin sequence, cleft mandible, pre/postaxial hand anomalies, and clubfoot: a new autosomal recessive syndrome. *Am J Med Genet* 1992;42:681–687. 6. Shprintzen RJ. The implications of the diagnosis of Robin sequence. *Cleft Palate Craniofac J* 1992;29:205–209.

---