

Dando prosseguimento à série de publicações que pretendemos efetuar, abordando tópicos interessantes e característicos da Patologia Cirúrgica Pediátrica, comentamos — neste trabalho — mais alguns aspectos que podem ser identificados na mencionada patologia.

Referem-se os casos aqui comentados a pacientes que tivemos a oportunidade de atender no Hospital Santo Antônio, 33ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia e no nosso Serviço particular de Cirurgia Pediátrica do Hospital da Beneficência Portuguesa de Porto Alegre.

Vamos analisar, no decorrer da nossa exposição e de forma sumária, os assuntos seguintes:

1. *Duplicação do tracto digestivo*
2. *Bridas congênitais*
3. *Obstrução uretero-pélvica*
4. *Litíase renal*
5. *Pólipo duodenal*

Fundamentaremos a nossa exposição dos temas acima enumerados na nossa experiência no particular — representada pelo atendimento de 15 pacientes — portadores de problemas patológicos enquadrados num dos tópicos alinhados acima, na proporção seguinte:

|                                |          |
|--------------------------------|----------|
| Duplicação do tracto digestivo | 2 casos  |
| Bridas congênitais             | 1 caso   |
| Obstrução uretero-pélvica      | 2 casos  |
| Litíase renal                  | 9 casos  |
| Pólipo duodenal                | 1 caso   |
| Total:                         | 15 casos |

#### 1. *Duplicação do tracto digestivo*

A duplicação do tracto digestivo (enterocistoma, íleo duplo, cisto de inclusão, cisto entérico, cisto gastro-torácico ou

ainda divertículo gigante) é uma disem brioplasia de ocorrência rara mas que pode condicionar, eventualmente, graves distúrbios a seus portadores.

Segundo admite a maioria dos AA. (1, 7, 12, 19), a sua gênese se relacionaria com a fase ontogenética na qual o intestino primitivo evolui da fase sólida para a de reconstituição da luz. Nesta fase, como sabemos, inicia-se um mecanismo de destruição do material que oclui a luz intestinal, com a formação de vacúolos os quais, por fusão gradativa, restabelecem a luz. Neste momento poderia suceder que um ou mais vacúolos não se fundissem com os demais: constituiriam êles, então um cisto, estando, neste momento, estabelecida a duplicação.

A repercussão clínica da existência de uma duplicação depende diretamente da localização da mesma, de suas dimensões, da existência ou não de comunicação com a luz intestinal e, finalmente, da estruturação histológica do revestimento mucoso da parede do cisto.

No que diz respeito à *localização*, sabemos que uma duplicação pode estar assentada em qualquer porção do tubo digestivo. A séde mais freqüentemente identificada é, no entanto, ao nível do intestino terminal (piloro íleo-ceco-cólico). Esta disposição, aliás, foi a que tivemos a oportunidade de encontrar nos nossos dois pacientes (Figura nº 1).

No referente às *dimensões*, sabemos que esta pode ser grandemente variável, dependendo diretamente com a existência ou não de *comunicação* da cavidade cística com a luz intestinal. Como a ocorrência mais freqüente é aquela na qual não existe comunicação, a produção continuada de secreção, por parte da mucosa que atapeta a luz cística, induz um aumento gradativo das dimensões do mesmo.

Com relação à constituição histológica do revestimento mucoso da parede da duplicação, pode esta ser constituída

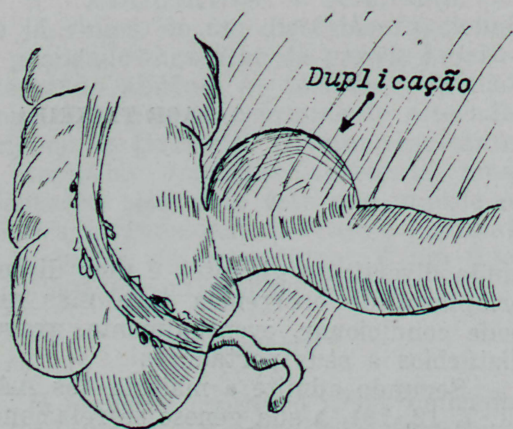


FIGURA Nº 1

por mucosa gástrica, fato êste que pode condicionar ulceração parietal, hemorragia e mesmo ruptura da parede cística.

Em nossos dois pacientes verificamos um quadro clínico típico de abdôme agudo por oclusão mecânica de trânsito.

Apresentaram êles vômitos escuros (ileais), constipação intestinal e comprometimento significativo do estado geral. O exame objetivo demonstrou a existência de grande distensão abdominal. A documentação radiográfica efetuada (Figura nº 2) — simples e contrastada (ene-

ma) — demonstrou grande distensão ileal sem níveis líquidos, discreta quantidade de líquido intra-peritonal, estando a imagem colônica dentro dos limites de normalidade.

A intervenção cirúrgica efetuada nos permitiu a verificação — ao nível do intestino terminal — de uma estrutura cística, medindo aproximadamente 3 cm de diâmetro, de paredes lisas e regulares, constituição elástica, localizada na intimidade do mesentério, ao nível do ângulo correspondente ao piloro íleo-ceco-cólico. O íleo apresentava-se grandemente dilatado. Devido às conexões vasculo-nervosas do cisto com o intestino terminal, efetuamos a ressecção de 5 cm do íleo terminal e do ceco, e efetuamos a reconstituição do trânsito através de uma ileo-ascendostomia termino-lateral interterminal, com pontos separados de catagute cromado enfiado 00 num único plano de sutura total.

O estado da peça cirúrgica nos permitiu verificar os dados documentados pela Figura nº 3. Na mesma encontra-se também os dados evidenciados pelo estudo histopatológico do cisto.

Um dos pacientes operados evoluiu de forma satisfatória, e o outro faleceu no pós-operatório imediato, por Choque + comprometimento irreversível da homeostase orgânica.

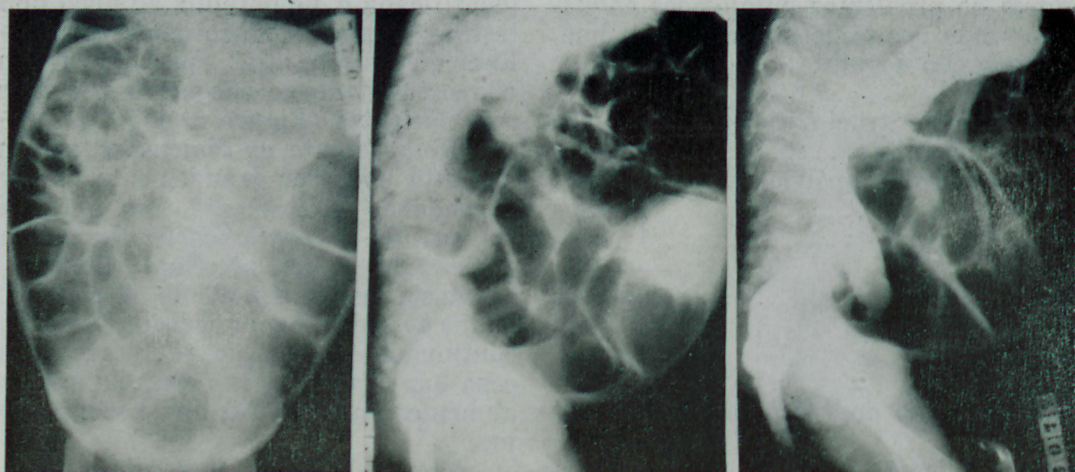


FIGURA Nº 2 — Documentação radiográfica correspondente a um caso de duplicação do tracto digestivo (enterocistoma assestado ao nível do intestino terminal).

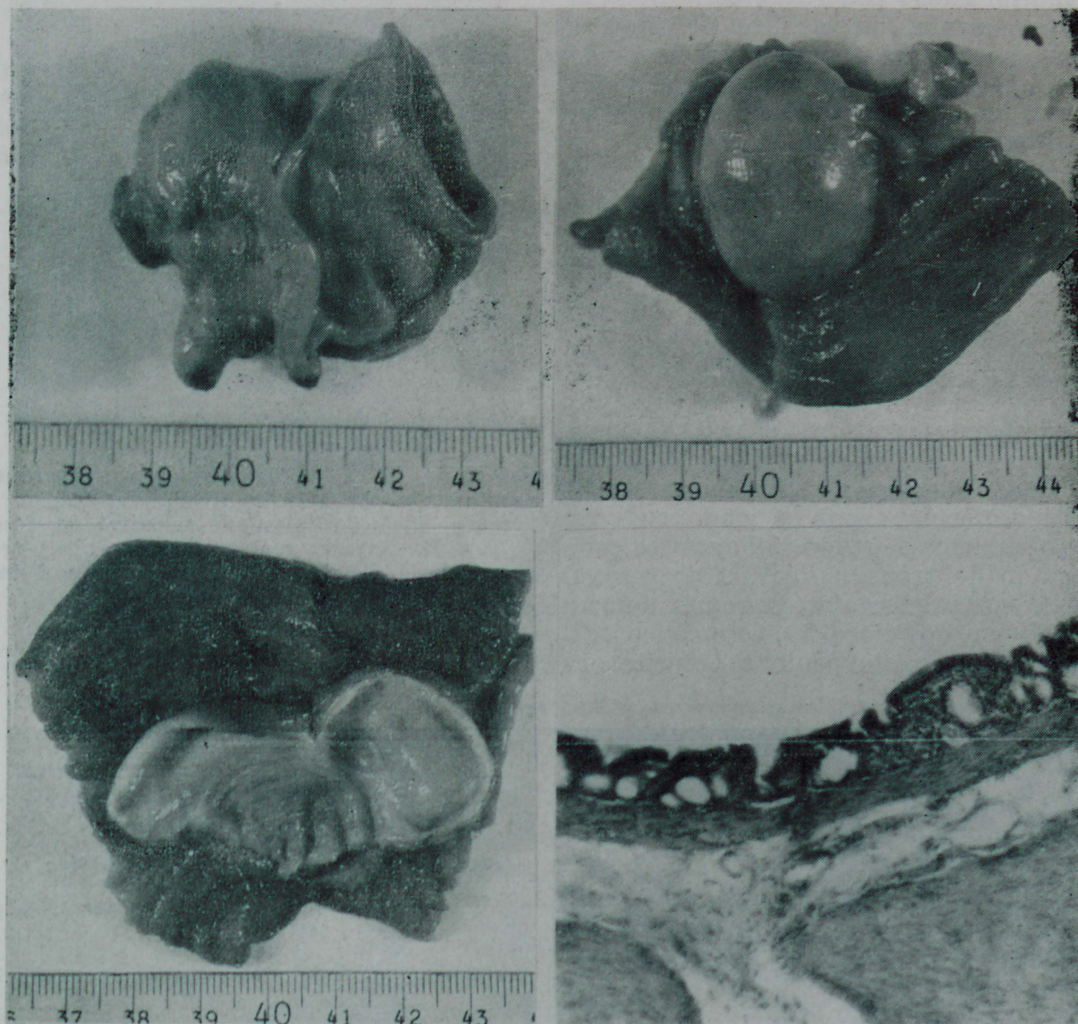


FIGURA Nº 3 — Estudo da peça cirúrgica correspondente a um caso de duplicação de tracto digestivo (enterocistoma localizado ao nível do intestino terminal)

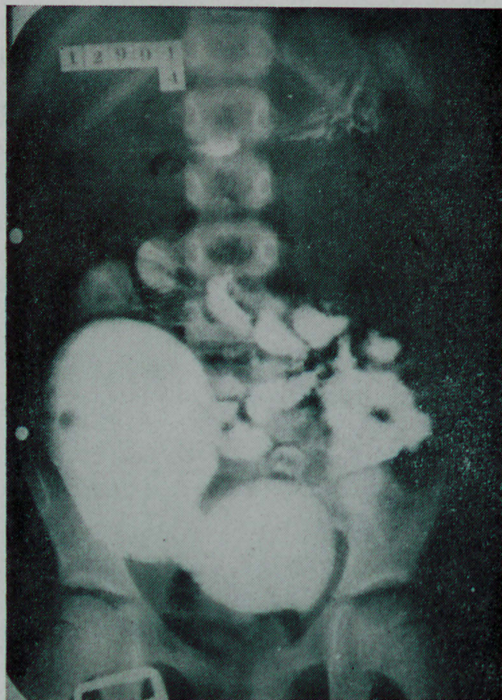
## 2. *Bridas congênitas*

As bridas congênitas são formações dependentes do peritônio, com aspecto laminar ou de cordão fibroso, orientando-se óra da parede a uma víscera ou ainda de víscera a víscera, e cuja origem não está, até o presente esclarecida.

São elas de existência rara e um determinado paciente portador de tal tipo de malformação poderá apresentar, num dado momento, um quadro de abdôme agudo po roclusão mecânica, bastando para isto que uma ou mais alças ileais sofram uma torção em tórno de uma destas bridas.

Divulgaremos, nesta publicação, o caso de um menino, com 10 anos de idade, e que era portador de uma brida congênita a qual condicionou no mesmo uma sintomatologia dolorosa abdominal praticamente desde o seu nascimento. Na história pregressa do referido paciente anotamos dores abdominais, vômitos e falta de desenvolvimento, devido ao fato de que o mesmo até a idade de 10 anos nunca ingeriu alimentos sólidos!

Como o exame objetivo não nos permitiu evidenciar nenhum dado sugestivo, solicitamos o estudo radiográfico contrastado do trânsito ileal. Êste processou-se normalmente até aproximadamente a 20 cm do piloro íleo-ceco-cólico (Figura nº 4); neste ponto o trânsito era



oFIGURA Nº 4 — Documentação radiográfica contrastada do trânsito ileal. Verificamos a grande dilatação intestinal ao nível da fossa ilíaca D. Aspecto radiográfico das alças sem particularidades. Ausência de contraste distalmente à dilatação descrita

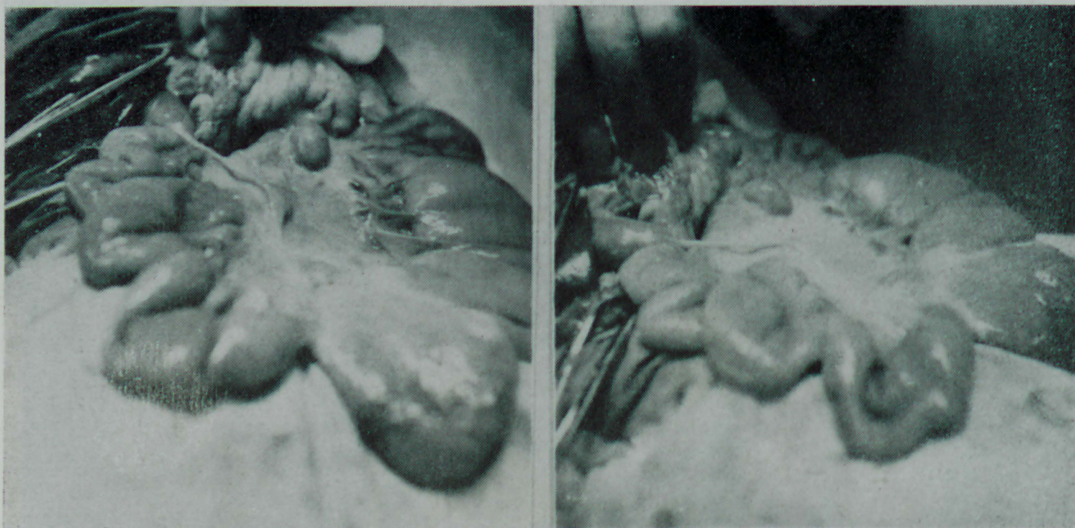


FIGURA Nº 5 — Aspecto verificado no trans-operatório. Notamos nitidamente um cordão fibroso, conectando o fundo da vesícula biliar com o íleo. Notamos outrossim a dilataçã ileal acima do ponto de conexão da brida: intestino distal com calibre e aspecto normais

interrompido, formando o contraste ao nível da fossa ilíaca D uma grande dilatação em fundo cego. A opacificação do resto do delgado e do quadrado cólico efetuou-se muito lentamente.

Com base na evolução clínica do paciente e nos dados complementares fornecidos pela documentação radiográfica, efetuamos uma laparotomia no paciente, com o diagnóstico pré-operatório de suboclusão ao nível do intestino terminal.

Efetuada a laparotomia verificamos (Figura nº 5): intestino delgado grandemente dilatado até aproximadamente 20 cm do piloro íleo-ceco-cólico. Nesta altura, apresentava êle um estreitamento e o

conjunto de pequenos fios fibrosos, os quais convergiam para um único cordão, que se inseria no fundo da vesícula biliar. Prosseguindo a intervenção, ressecamos a porção terminal da dilatação ileal, a zona de estreitamento e a conexão da brida com a vesícula biliar. Reconstituímos o trânsito por intermédio de uma íleo-íleostomia termino-terminal com pontos separados de categut cromado enfiado 00, num único plano de sutura total. O paciente evoluiu satisfatoriamente bem, tendo aumentado mais de 6 quilos, em 60 dias.

O estudo da peça cirúrgica (Figura nº 6) nos permitiu verificar que a brida

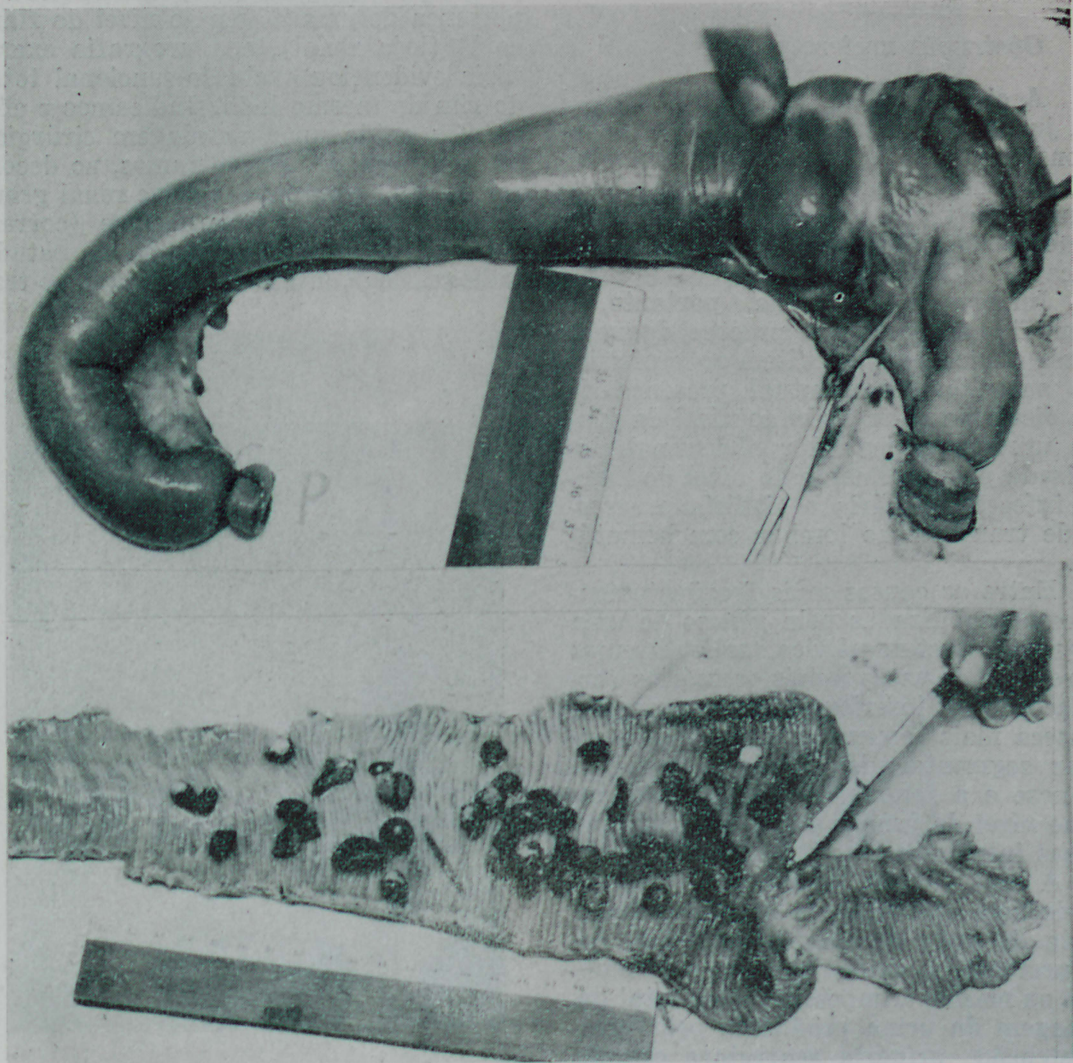


FIGURA Nº 6 — Estudo da peça cirúrgica. Verificamos em cima a zona ileal de implantação da brida, a zona de estreitamento da luz e a dilatação proximal do íleo. Em baixo, aberta a luz ileal constatamos a séde da estenose e a dilatação proximal, com os vestígios sólidos alimentares que não puderam prosseguir através da estenose

se dirigia — desde o fundo do saco vesicular — até o íleo terminal, aonde chegava através da margem mesentérica, espalhando-se em 3 ou 4 filetes fibrosos. Aberta a luz intestinal verificamos uma zona de estenose, uma porção ileal dilatada acima da referida estenose, contendo no seu interior fragmentos alimentares (caroços de frutas, etc), os quais não puderam prosseguir, e uma zona ileal dentro da normalidade, situada abaixo (distalmente) à referida zona estreitada. Interessante é salientar, na oportunidade, que a zona de estreitamento correspondia exatamente ao ponto no qual um dos filetes fibrosos (o mais calibroso) se inseria na parede ileal.

### 3. *Obstrução uretero-pélvica*

A obstrução que se assesta ao nível da junção do ureter com a pelve renal (constituindo a obstrução uretero-pélvica) se constitui numa das anomalias congênitas do tracto urinário mais frequentemente identificada na patologia pediátrica (3, 5, 7, 9, 16, 18, 21).

Importante se torna, portanto, a identificação correta e precoce daqueles sinais clínicos que permitem ao profissional suspeitar da eventual presença de um distúrbio de trânsito ao nível da junção uretero-pélvica: dor abdominal, localizada principalmente ao nível do flanco, infecção urinária e história pregressa de traumatismo lombar com hematúria.

Entre as causas mais frequentemente responsabilizadas pela gênese de uma obstrução uretero-pélvica, salientaremos a presença de vasos renais acessórios (artérias polares inferiores) como causa extrínseca mais comum, e a agenesia muscular segmentar da parede ureteral, a estenose e a formação valvular assestada ao nível da junção em estudo como as causas intrínsecas mais freqüentes.

A consequência imediata da existência de uma obstrução (e na dependência direta do grau de comprometimento da luz ureteral) é, evidentemente, a dificuldade ou mesmo a impossibilidade total da drenagem da urina produzida pelo rim. A retenção urinária acarretará grande dilatação da pelve renal e gradativa e progressiva lesão do tecido renal.

Clara se torna, portanto, a importância da determinação precoce do diagnós-

tico, a fim de que o tecido renal não seja comprometido de forma irreversível.

Tivemos a oportunidade de atender a dois pacientes, portadores os dois de obstrução uretero-pélvica à E. Apresentavam os dois história de dores periódicas ao nível do flanco e da fossa ilíaca EE, infecção urinária crônica e hematúria. A inspeção do abdôme permitiu a identificação de uma saliência ao nível do flanco E, e a palpação demonstrou corresponder ela a uma massa de superfície lisa e regular, fixada aos planos profundos (parede posterior). Os pacientes acusavam dor no decorrer do exame. Efetuamos um estudo radiográfico. A chapa simples (Figura nº 7) demonstrou a presença de uma massa ao nível do flanco E (loja renal), e a urografia excretória evidenciou exclusão funcional total do rim do mesmo lado. Indicamos e efetuamos então uma abordagem cirúrgica da loja renal E. Encontramos, no decorrer da intervenção, uma pelve renal grandemente aumentada de volume (correspondendo à massa verificada no estudo radiográfico), intimamente fixada ao tra-

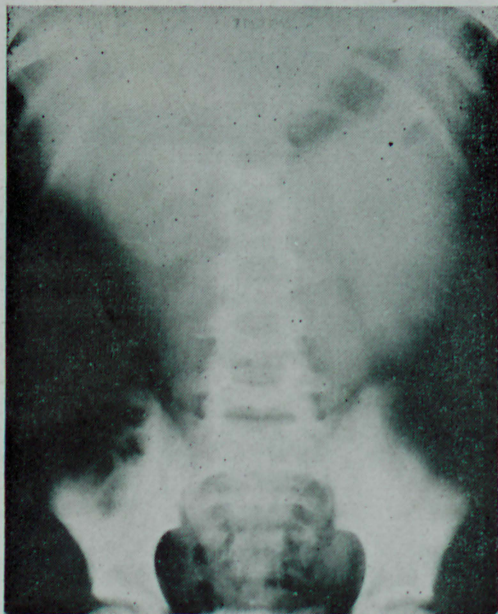


FIGURA Nº 7 — Documentação radiográfica (chapa simples do abdôme) correspondente a um caso de obstrução uretero-pélvica à E. Notar a presença de uma massa ao nível do flanco E

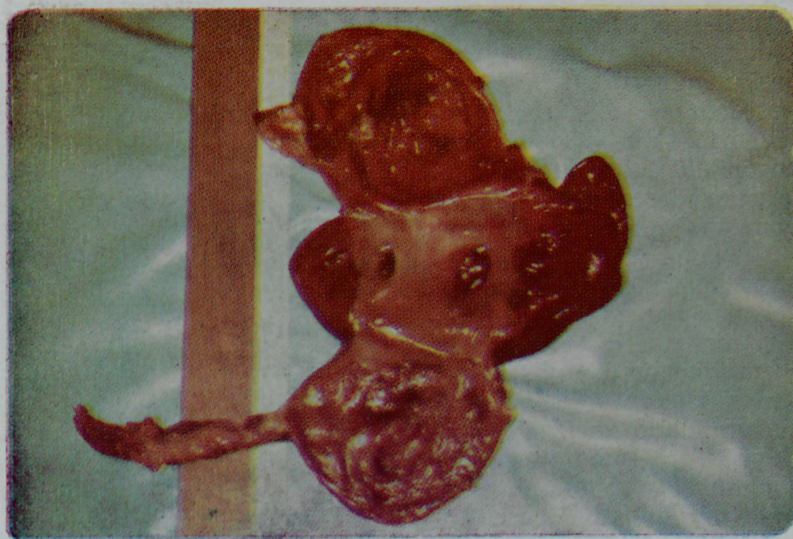
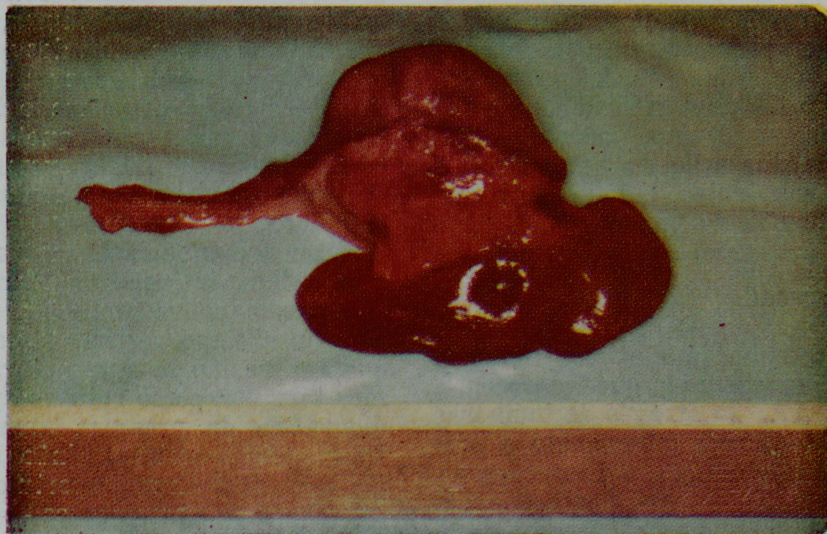


**FIGURA N° 8 —** Peça cirúrgica correspondente a um caso de obstrução uretero-pélvica por compressão extrínseca da junção uretero-pelviana (vasos polares inferiores). Verificamos a grande dilatação da pelve renal e o grau de comprometimento do tecido renal

jeto da aorta, e um rim com massa de coloração escura e consistência flácida. Identificamos outrossim a presença de vasos polares inferiores, localizados exatamente ao nível da junção uretero-pélvica. Atribuímos a presença dos referidos vasos a responsabilidade pela perturbação do trânsito urinário verificada. O grau de comprometimento do tecido renal nos levou à feitura de uma nefrectomia. Os pacientes evoluíram satisfatoriamente.

O estudo da peça retirada num dos casos (Figura nº 8) nos permite verificar a grande dilatação da pelve renal e documenta, por outro lado, o grau de comprometimento do tecido renal.

#### 4. *Litíase renal*

Embora tenha já a litíase renal se constituído em assunto que mereceu a atenção dos AA. — através de inúmeras publicações — a sua gênese, até o presente, continua obscura. A literatura divulga uma série de teorias, visando determinar qual o elemento fundamental, responsável pela estruturação de um cálculo no tracto urinário. Salientaremos aqui, entre as dais divulgadas: malformações das vias urinárias, infecção, estreitamentos (estenoses), distúrbios endócrinos, etc. O certo é que — como bem o acentua Swenson (19) — é fato extraordinariamente raro descobrir-se litíase em pacientes com aparelho urinário normal.

A nossa experiência no atendimento de casos de pacientes portadores de litíase renal está representada pelo estudo que efetuamos em 9 casos por nós tratados. Os pacientes em referência eram todos brancos, com idade variável entre o mínimo de 4 anos e o máximo de 10. Dois casos eram do sexo feminino e na maioria das oportunidades (7 casos) o cálculo identificado localizava-se no rim E.

Salientamos — no quadro clínico apresentado por nossos pacientes — como ocorrência constante, a presença de infecção urinária crônica, estado febril, discreta hematúria e pouco comprometimento do estado geral. Em 7 oportunidades identificamos — como complicação — a presença de abscesso perirenal, sendo de salientar, na oportunidade, que um dos

pacientes (portador de um cálculo à D) apresentou uma fístula duodenal.

Todos os pacientes foram submetidos ao estudo radiográfico simples e contrastado (urografia excretória e pielografia ascendente — nos casos de cálculos radio-transparentes). Nos casos de cálculos radio-opacos, a identificação dos mesmos era facilmente estabelecida na radiografia simples (Figura nº 12). A grande evolução clínica dos pacientes por nós tratados condicionou alterações de grande significação para o lado do parênquima renal, tanto que — em todos os casos — a urografia excretória acusou exclusão renal no lado correspondente à calculose.

Em todos os casos, antes de indicarmos a terapêutica cirúrgica, procedemos — como manobra preliminar — a drenagem do abscesso perirenal (nos casos nos quais o mesmo se apresentara) e efetuamos também, como rotina, a pesquisa radiográfica da presença eventual de refluxo vésico-ureteral (não identificado por nós em nenhuma oportunidade).

Em 8 de nossos casos — o avançado grau de comprometimento da estrutura-

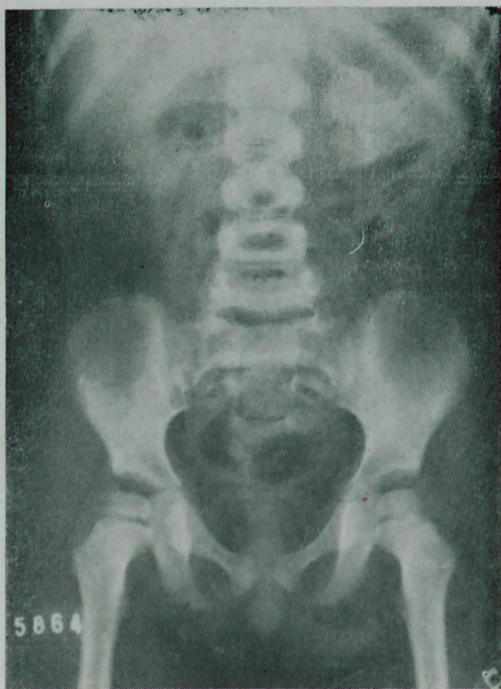


FIGURA Nº 9 — Documentação radiográfica correspondente a um caso de litíase renal à E. Observar as dimensões do cálculo assestado ao nível do bacinete E

ção morfo-funcional do rim (fato êste para o qual já chamamos a atenção linhas acima) — nos levou a indicar e efetuar a exérese cirúrgica do rim afetado (nephrectomia). A Figura nº 10 documenta o grau de alteração renal num de nossos casos.

Em 3 oportunidades o rim contra-lateral apresentou também infecção, sendo que êstes pacientes encontram-se, presentemente, em tratamento.

Todos os casos submetidos à terapêutica cirúrgica evoluíram bem, não tendo se verificado nenhum óbito na série em estudo.

Ao concluir, gostaríamos de dizer que — na nossa opinião — todos os paciente pediátricos, portadores de um quadro clínico e laboratorial de infecção uri-

nária, devem ser encaminhados para o estudo especializado do tracto urinário. Sòmente com esta orientação é que poderemos estabelecer — precocemente — o diagnóstico da eventual presença e localização de uma obstrução, indicando e efetuando a terapêutica correta, antes que haja comprometimento irreversível do parênquima renal. Graças aos progressos que identificam, nos nossos dias, a Urologia Pediátrica como uma especialidade, a pesquisa em aprêço pode ser efetuada em bases científicas satisfatórias, recebendo os pacientes cobertura terapêutica precoce e corretamente esquematizada — dentro da realidade etiopatogênica que estruturou o quadro clínico urinário de que são portadores.

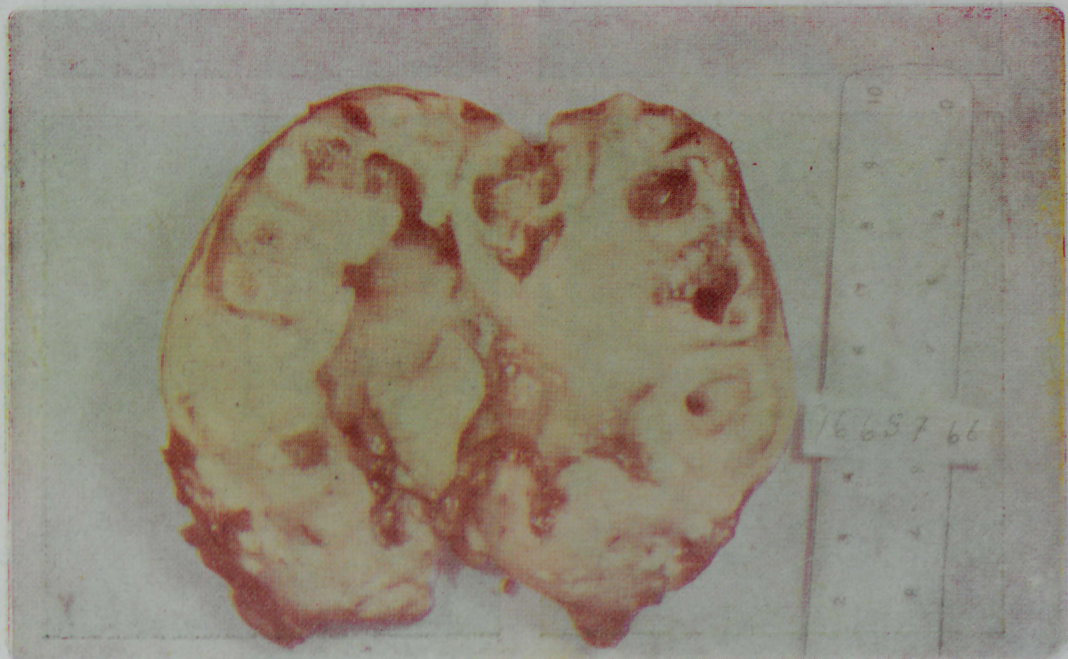


FIGURA Nº 10 — Peça cirúrgica (rim D) correspondente a um paciente, portador de litíase renal. Verificamos nitidamente a presença de volumoso cálculo coralliforme, assestado ao nível do bacinete, bem assim como o acentuado grau de comprometimento do tecido renal

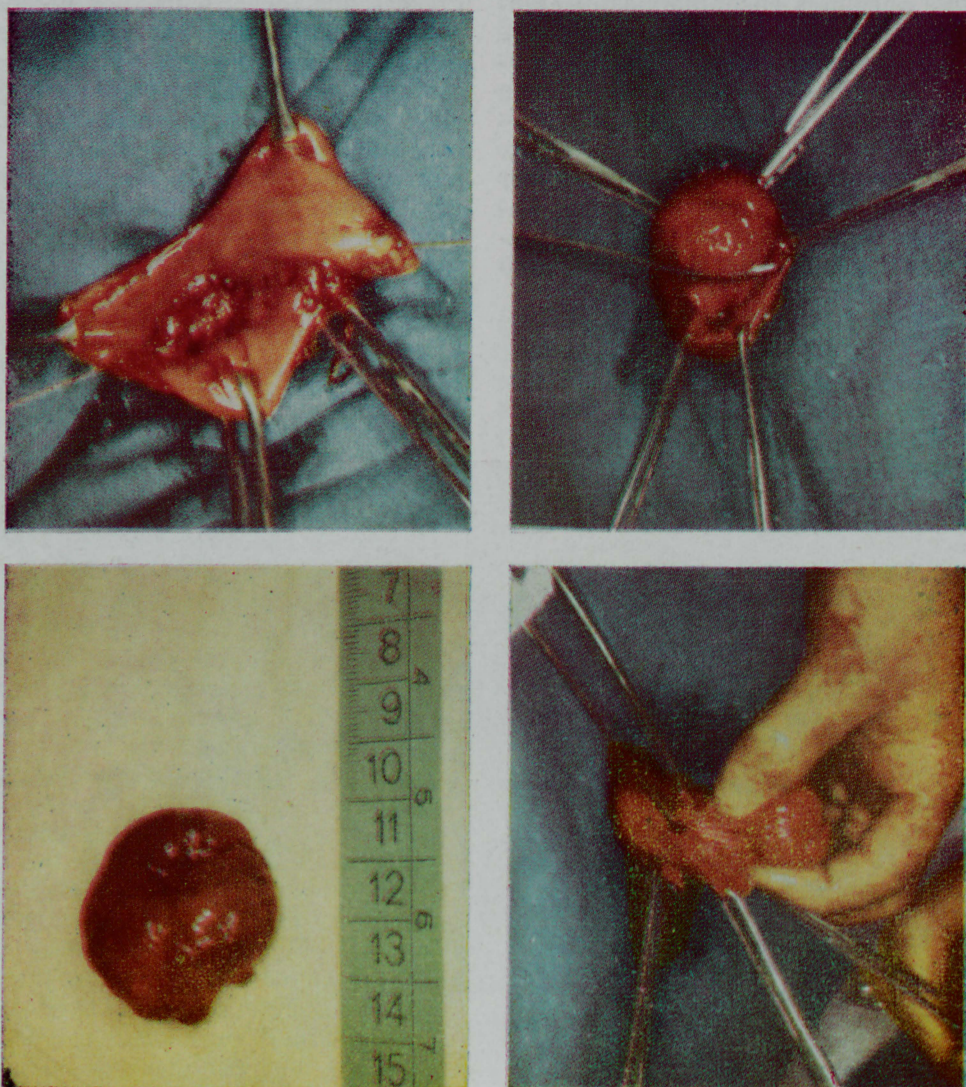


FIGURA Nº 11 — Documentação fotográfica obtida no trans-operatório — intervenção efetuada num paciente com 14 anos de idade, portador de volumoso pó-lido assestado ao nível da 2a. porção do duodeno. O quadro clínico apresentado pelo paciente em estudo foi basicamente representado por hemorragia intestinal

5. *Pólipo duodenal*

A existência de polipose ao nível do tracto digestivo é ocorrência bastante freqüente — tanto na patologia pediátrica como na do adulto. O caso que divulgaremos a seguir, no entanto, apresenta como interesse a inusitada localização do pólipo: segunda porção do duodeno, abaixo da carúncula maior e na parede anterior. O paciente portador do quadro patológico em questão era um menino de 14 anos de idade, sexo masculino e cor branca — encaminhado pelo Serviço do Prof. José Martins Job.

*Sumário*

Prosseguindo na série de publicações que pretende realizar, abordando tópicos interessantes e importantes da Patologia Cirúrgica Pediátrica, divulga o A. — neste trabalho — a sua experiência pessoal no atendimento de 15 pacientes, portadores das seguintes eventualidades patológicas:

- |                                             |         |
|---------------------------------------------|---------|
| 1. Duplicação do tracto digestivo . . . . . | 2 casos |
| 2. Bridas congênicas . . . . .              | 1 caso  |
| 3. Obstrução uretero-pélvica . . . . .      | 2 casos |
| 4. Litíase renal . . . . .                  | 9 casos |
| 5. Pólipo duodenal . . . . .                | 1 caso  |

No decorrer da sua exposição, faz alguns comentários sobre cada um dos temas acima referidos, documentando o trabalho com material de seu Arquivo Clínico Particular.

*Summary*

The A. makes — in this paper — some considerations about the following topics of the Pediatric Surgical Pathology:

- |                                                  |         |
|--------------------------------------------------|---------|
| 1. Duplication of the alimentary tract . . . . . | 2 cases |
| 2. Congenital bundles . . . . .                  | 1 case  |
| 3. Uretero-pelvic obstruction . . . . .          | 2 cases |
| 4. Renal lithiasis . . . . .                     | 9 cases |
| 5. Duodenal polip . . . . .                      | 1 case  |

In the opportunity, he divulge his personal experience in the treatment of 15 patients, with some of one of the diseases mentioned above.

*Referências*

- 1 — BREMMER, J. L.: Diverticula and duplications of the intestinal tract. *Arch. Path.*, **38**: 132, 1944
- 2 — DAUT, R.V.; EMMET, J.L.; KENNEDY, R.L.J.: Congenital absence of abdominal muscles with urologic complications; report on patients successfully treated. *Proc. Mayo Clin.*, **22**: 8, 1947
- 3 — DEMING, C.L.: Ureteropelvic obstruction due to extrinsic and intrinsic lesions of the ureter as a clinical entity and its treatment. *J. Urol.*, **50**: 420, 1943
- 4 — EAGLE, J.F.Jr.; BARRET, G. S.: Congenital deficiency of abdominal musculature with associated genito-urinary abnormalities: syndrome; report of nine cases. *Pediatrics*, **6**: 721, 1950
- 5 — GERAGHTY, J.T.; FRONTZ, W. A.: A study on primary hydronephrosis. *J. Urol.*, **2**: 161, 1918
- 6 — GREENE, L.F.; EMMET, J.L.; CULP, O.S.; KENNEDY, R.L.J.: Congenital absence of abdominal muscles with urologic complications: further report. *Proc. Mayo Clin.*, **27**: 325, 1952
- 7 — GROSS, R.E.: The surgery of infancy and childhood. Philadelphia, Saunders, 1953
- 8 — HENLEY, W.L.; HYMAN, A.: Absent abdominal musculature, genitourinary anomalies, and deficiency in pelvic autonomic nervous system. *Am. J. Dis. Child.*, **86**: 795, 1953
- 9 — HENLINE, R.B.; MENNING, J. H.: The management of hydronephrosis due to ureteropelvic obstruction: preliminary report. *J. Urol.*, **50**: 1, 1943
- 10 — HOUSDEN, L.G.: Congenital absence of the abdominal muscles. *Arch. Dis. Child.*, **9**: 219, 1934
- 11 — LATTIMER, J.K.: Congenital deficiency of the abdominal musculature and associated genitourinary anomalies: a report of twenty-two cases. *J. Urol.*, **79**: 343, 1958
- 12 — LEWIS, F.T.; THYNG, F.W.: The regular occurrence of intestinal diverticula in embryos of the

- pig, rabbit and man. *Am. J. Anat.*, **7**: 505, 1907
- 13 — McGOVERN, J.H. ; MARSHALL, V.F. : Congenital deficiency of the abdominal musculature and obstructive uropathy. *Surg., Gyn., & Obst.*, **108**: 289, 1959
- 14 — NUNN, I.N. ; STEPHENS, F.D. : The triad syndrome: a composite anomaly of the abdominal wall, urinary system and testes. *J. Urol.*, **86**: 782, 1961
- 15 — PARKER, R.W. : Absence of abdominal muscles in an infant. *Lancet*, **1**: 1252, 1895
- 16 — SCHREIBER, M. : Ureteral structure, its anatomical and pathological background. *Surg., Gyn. & Obst.*, **45**: 423, 1927
- 17 — SILVERMAN, F.N. ; HUANG, N. : Congenital absence of the abdominal muscles, associated with malformation of the genitourinary and alimentary tracts: report of cases and review of literature. *Am. J. Dis. Child.*, **80**: 91, 1959
- 18 — SOLEY, P.J. : Ureteropelvic obstruction in children. Incidence and etiology. *J. Urol.*, **55**: 46, 1946
- 19 — SWENSON, O. : Cirugia pediátrica. Mexico, ed. Interamericana S/A, 1960
- 20 — TEIXEIRA, A. : Temas de patologia cirúrgica pediátrica (I). *Anais Fac. Med. P. Alegre*, 1966.
- 21 — WHITE, R.R. ; WYATT, G.M. : Surgical importance of the aberrant renal vessels in infants and children. *Am. J. Surg.*, **58**: 48, 1912