**MODELO DE RESUMO**

*Título: Desafios do diagnóstico tardio de tumor vascular abdominal pediátrico*

*Autores: Camylla Santos de Souza, Maria Eduarda Pires de Moura Mota, Natasha Simoes Montenegro Mello, Laura Belizante Pontes Pereira, Larissa da Silva Nobre, Graciela Josué de Oliveira Laurenio*

*Instituição: Hospital Regional da Unimed, Fortaleza – Ceará.*

 *Objetivos: O diagnóstico precoce de tumores abdominais pediátricos é fundamental, visto que as neoplasias abdominais, apesar de raras, correspondem a 10% de todas as neoplasias malignas infantis. Um exame físico detalhado, além de uma história clínica minuciosa, é essencial para o diagnóstico desses pacientes. Portanto, faz-se necessário discutir o impacto de um diagnóstico tardio de tumor abdominal pediátrico para o seu desfecho desfavorável.*

 *Métodos: Trata-se de um estudo de caso, pesquisado de forma qualitativa e descritiva, por meio de busca ativa em prontuário eletrônico.*

*Resultados: A.A.L., sexo feminino, 6 meses, 5,09kg, procedente do Piauí, internada por aumento progressivo do volume abdominal, com massa palpável em exame físico. Já havia sido diagnosticada com cardiopatia congênita grave (comunicação interatrial ampla, quase átrio único + estenose da valva pulmonar importante + insuficiência tricúspide moderada), com necessidade de intervenção, segundo cardiologia pediátrica, porém, sem possibilidade por urgência de diagnóstico de lesão abdominal. Em RNM à admissão, visto volumosa formação expansiva sólido-cística abdomino-pélvica, com limites mal definidos, realce septal na fase arterial de contraste, com demais componentes avasculares, envolvendo quase a totalidade hepática, preservando pequenas áreas nos segmentos lateroposteriores do lobo direito, ocupando toda a cavidade abdominal até o hipocôndrio, medindo cerca de 12,1 x 10,6 x 6,7 cm e rechaçando os grandes vasos venosos, com redução do calibre da veia cava. Resultado de alfafetoproteína foi de 4.699,7 e beta-HCG de 2,0, associado a anemia normocítica e normocrômica, hipoalbuminemia e TGO / INR / GGT / BTF / LDH / PCR aumentados. Em interconsulta com cirurgia pediátrica e onco-hematologia, sugerida hipótese de hemangioma ou hemangiotelioma, sendo a biópsia descartada pelo risco de sangramento. Dois dias após admissão, paciente evoluiu com queda de saturação (até 83%), dispneia, cianose, dor, gemência, irritabilidade e hipotensão de 56x35(39) mmHg, compatível com síndrome de compartimento abdominal e restrição ventilatória pelo tumor, sendo instalada terapia de alto fluxo, solicitada vaga de UTI e encaminhada para cirurgia de urgência, onde foi feita ressecção de massa vascular cística hepática, com cerca de 2kg, e hepatectomia não regrada de segmentos VI e VII. Relato de via área de difícil intubação. Em pós-operatório imediato, evoluiu com necessidade de infusão contínua de adrenalina e furosemida, confortável em ventilação mecânica com fentanil e realizando profilaxia com cefazolina. Realizado concentrado de hemácias. Nas 12h após a cirurgia, extubada com sucesso e instalado TAF (1L/min de O2 e 5L/min de ar). Iniciado NPT. No 2º dia de pós-operatório, já sem droga vasoativa, mantinha o uso de furosemida, por distensão abdominal e edema de tronco e parede abdominal, estando hipocorada, com ruídos hidroaéreos reduzidos. Em exames de rotina, visto leucocitose de 17.000 (sendo 89% de segmentados), PCR 75, TGO 642, TGP 121 e albumina 1,4. Optado por suspender NPT, iniciar tazocin e realizar infusão de albumina de 12/12h. RHA mantinham-se diminuídos, com piora de desconforto e distensão abdominal, com suspeita de síndrome de reperfusão ou isquemia de alças. Em 4º dia de pós-operatório, ainda com distensão abdominal, foi realizado toque retal, em que se detectaram fezes em dedo de luva e permanecia estável hemodinamicamente. Entretanto, na manhã do 5º dia, evoluiu com insuficiência e acidose respiratória grave, bem como lactato elevado. Procedeu-se à IOT e foi encaminhada para laparotomia exploratória de urgência, onde foi detectada invaginação intestinal, sendo feita ressecção de 10cm de íleo a cerca de 30cm da válvula ileo-cecal, entero-enteroanastomose e enterorrafia de perfuração de íleo a 20cm da alça invaginada. De volta à UTI, manteve-se com sedoanalgesia contínua e bloqueio neuromuscular (total de <48h). Após concentrado de hemácias, permaneceu mais estável do ponto de vista hemodinâmico, com uso de albumina e furosemida de horário e reinício de NPT. Em USG abdominal do mesmo dia, detectada grande quantidade de líquido livre na cavidade peritoneal com abundante quantidade de "grumos" em suspensão, optando-se, então por escalonar ATB para meropenem e teicoplanina. Nas 24h seguintes, o quadro clínico piorou significativamente, com hipotensão, necessitando de adrenalina, leucocitose com desvio à esquerda (sendo 3% de metamielócitos) e aumento de PCR / INR / TTPA / TGO, bem como plaquetopenia, compatível com CIVD por sepse. No dia seguinte (3º PO da LE e 8º PO da ressecção do tumor), paciente encontrava-se oligúrica, com clínica compatível com edema agudo de pulmão, tendo sido reiniciada furosemida em BIC, à qual paciente apresentou pouca resposta. Suspenso NPT. Chegou a ser considerado início de diálise por equipe assistente, porém, a mesma não foi iniciada por instabilidade hemodinâmica grave, refratária a adrenalina. Associada dobutamina. Após algumas horas, liberado resultado de hemocultura coletada 3 dias antes, com resultado de Klebsiella pneumoniae sensível a meropenem. Mantendo piora clínica e hemodinâmica, optou-se por associar micafungina e retornada curarização, para maior conforto em ventilação mecânica. Apesar das medidas instituídas, paciente progrediu com bradicardia não responsiva ao aumento de inotrópico e vasopressor, bem como com hipoxemia grave refratária apesar de parâmetros de ventilação mecânica maximizados, evoluindo para parada cardíaca na manhã do 4º PO de LE e 9º PO da ressecção do tumor.*

*Conclusão: A massa abdominal palpável é uma das principais apresentações dos tumores sólidos em crianças. A maioria deles é assintomático e reconhecido acidentalmente pelos pais. Seu diagnóstico tardio permite o avanço de neoplasias malignas e o aumento rápido do volume da massa. Portanto, o pediatra tem papel fundamental no diagnóstico precoce de tumores abdominais da infância, principalmente através do exame físico, possibilitando assim um melhor prognóstico para esses pacientes.*

*Palavras-chave: tumor, abdominal, pediátrico.*

 *Apoio Financeiro: não*

*Modelo de trabalhos tipo “relato de caso”: sim*