

COLEGIADO DO CURSO DE MEDICINA

MARIA CARVALHO SOUZA
MATHEUS LIBARINO SANTOS

**PÂNCREAS ECTÓPICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO DE
SEIS ANOS DE IDADE: UM RELATO DE CASO**

ITABUNA – BAHIA
DEZEMBRO/2021

MARIA CARVALHO SOUZA
MATHEUS LIBARINO SANTOS

PÂNCREAS ECTÓPICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO DE SEIS ANOS DE IDADE: UM RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso, em formato de relato de caso, apresentado como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Medicina pela Faculdade Santo Agostinho de Itabuna, sob a orientação da Professora Larissa Latrilha Garcia.

ITABUNA – BAHIA
DEZEMBRO/2021

S729p

SOUZA, Maria Carvalho

Pâncreas Ectópico em Pacientes Pediátrico de seis anos de idade:um relato de caso./Maria Carvalho Souza [et al], --Itabuna: FASAI, 2021.
26p.

Orientadora: Prof.^a Larissa Latrilha Garcia.

Trabalho de Conclusão de Curso em Bacharelado em Medicina pela
Faculdades Santo Agostinho de Itabuna, BA – FASAI.

1.Pediatria. 2.Pâncreas Ectópico.3.Vômitos.4.Cirurgia.5.Embriologia.
I.Souza, Maria Carvalho. II.Garcia, Larissa Latrilha.III. Faculdades
Santo Agostinho de Itabuna. IV. Título.

CDU:616

Catálogo Biblioteca Dr. ^a Maria Odília Teixeira
Aline Andrade Ferraz – Bibliotecária CRB 5/001881/O

SOUZA, Maria Carvalho; LIBARINO-SANTOS, Matheus. **PÂNCREAS ECTÓPICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO DE SEIS ANOS DE IDADE: UM RELATO DE CASO.**

Trabalho de Conclusão de Curso, em formato de relato de caso, apresentado como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Medicina pela Faculdade Santo Agostinho de Itabuna, sob a orientação da Professora Larissa Latrilha Garcia. Itabuna: Faculdade Santo Agostinho de Itabuna, 2021.

FOLHA DE APROVAÇÃO

PÂNCREAS ECTÓPICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO DE SEIS ANOS DE IDADE: UM RELATO DE CASO

**MARIA CARVALHO SOUZA
MATHEUS LIBARINO SANTOS**

Aprovado em 20 de dezembro de 2021

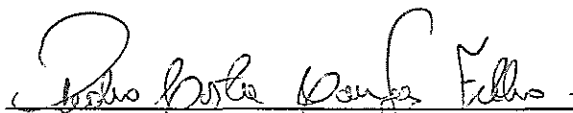
BANCA EXAMINADORA



**Professora Larissa Latrilha Garcia
Faculdade Santo Agostinho de Itabuna**



**Nome completo do membro 01
Faculdade Santo Agostinho de Itabuna**



**Nome completo do membro 02
Faculdade Santo Agostinho de Itabuna**

AGRADECIMENTOS

À Deus em primeiro lugar, pois cremos que “tudo posso Naquele que me fortalece” e se conseguimos chegar até essa etapa foi porque Ele sempre esteve ao nosso lado, iluminando e abençoando o meu caminho.

À nossas famílias, na figura de nossos pais: Maria e José, pais de Maria Carvalho; e Edineude e Paulo Roberto, pais de Matheus Libarino, bem como dos irmãos, avós, tios, primos e afilhados que sempre transmitiam energias positivas e palavras de incentivos que me fortaleciam e foram fundamentais para prosseguir nessa caminhada. Obrigado por toda confiança, carinho e amor!

À Thaine Menezes, noiva de Matheus e amiga de Maria Carvalho, por toda compreensão e incentivo, tornando essa caminhada mais branda.

Aos nossos amigos, que mesmo distantes, sempre enviavam mensagens de apoio e incentivo, tornando a caminhada mais segura. Muito obrigado!

À nossa professora e orientadora Larissa Latrilha Garcia por todo acolhimento, atenção e incentivo, sempre solícita a nossas investidas acadêmicas. Gratidão!

À Faculdades Santo Agostinho- Afya pela oportunidade de realizarmos o nosso sonho de sermos médicos, como também por possuir uma estrutura física adequada para a construção e desenvolvimento do futuro profissionais.

Ao Diretor e professor da disciplina TCC Luciano Tourinho, que sempre nos direcionou e incentivou o desenvolvimento deste e outros projetos. Nosso muito obrigado.

À professora e Coordenadora Mércia Margotto, que nos atura desde o primeiro semestre, ouvindo nossas reclamações e queixas, buscando sempre solucioná-las e nos incentivar a continuar dando o nosso melhor na vida acadêmica.

“ A alegria que se tem em pensar e aprender faz-nos pensar e aprender ainda mais”
Aristóteles.

Epígrafe

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DRGE- Doença do Refluxo Gastroesofágico

GANT- Tumor gastrointestinal do sistema nervoso autonômico

GIST- Tumor gastrointestinal do estroma

TGO- Aspartato aminotransferase

TGP- Alanina aminotransferase

TSH- Hormônio Tireoestimulante

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 RELATO DE CASO	10
3 DISCUSSÃO	11
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS	17
ANEXO 1 - Análise de Plágio (CopySpider)	

Pâncreas ectópico em paciente pediátrico de seis anos de idade: um relato de caso

Ectopic pancreas in a six years old pediatric patient

SOUZA, MARIA CARVALHO¹
LIBARINO-SANTOS, MATHEUS²
GARCIA, LARISSA LATRILHA³

RESUMO

O pâncreas ectópico é uma condição rara caracterizada pela presença de material pancreático em tecidos onde normalmente está ausente, e não tem qualquer continuidade anatômica, vascular ou ductal com a glândula ortotópica. Geralmente é assintomático e achado acidental de outra investigação clínica, com predomínio no sexo masculino. Já em pacientes pediátricos, os sintomas estão mais presentes, variando de 8-60% dos casos relatados, sendo náuseas, vômitos e dispepsia os mais comuns. Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo apresentar o relato de caso sobre o achado de pâncreas ectópico em paciente pediátrico, que compareceu a primeira consulta com queixa de vômitos persistentes. Paciente, masculino, quatro anos de idade, natural e procedente de Itabuna, foi levado por sua genitora para consulta pediátrica em consultório particular do município de Itabuna. Foi referido que o paciente apresentava vômitos recorrentes, após as refeições, iniciados aos 2 anos de idade, sem outros sintomas associados. Com isso, foram elencadas hipóteses diagnósticas de distúrbios gastrointestinais mais comuns até condição raras, iniciando a investigação complementar para esclarecer o sintoma apresentado. Após a anamnese, estabelecer físico, resultados laboratoriais e de exame de imagem foi revelado o achado de ectopia pancreática no estômago, de modo a estabelecer a melhor conduta para o paciente, expectante ou cirúrgica, levando em consideração os riscos e benefícios para o desenvolvimento do paciente. Portanto, diante da persistência do quadro clínico, foi feito o encaminhamento do paciente para avaliação cirúrgica com outro profissional.

Palavras-chave: Pediatria. Pâncreas Ectópico. Vômitos. Cirurgia. Embriologia.

ABSTRACT

Ectopic pancreas is a rare condition characterized by the presence of pancreatic material in tissues where it is normally absent, and does not have any anatomical, vascular, or ductal continuity with the orthotopic gland. It is usually asymptomatic and incidental to another clinical investigation, predominantly in males. In pediatric patients, symptoms are more present, ranging from 8-60% of reported cases, with nausea, vomiting and dyspepsia being the most common. Thus, this paper aims to present a case report on the finding of ectopic pancreas in a pediatric patient, who attended the first consultation complaining of persistent vomiting. A four-year-old male patient, born and raised in Itabuna, was taken by his mother to

¹ Graduando em Medicina pela Faculdade Santo Agostinho de Itabuna.

² Graduando em Medicina pela Faculdade Santo Agostinho de Itabuna.

³ Titulação. Professor orientador. Docente do Curso de Medicina da Faculdade Santo Agostinho de Itabuna.

a pediatric consultation in a private clinic in the municipality of Itabuna. The patient was reported to have recurrent vomiting after meals starting at 2 years of age, with no other associated symptoms. Thus, diagnostic hypotheses from the most common gastrointestinal disorders to rare conditions were listed, starting further investigation to clarify the presented symptom. After the anamnesis, establishing physical, laboratory and imaging results, the finding of pancreatic ectopy in the stomach was revealed, in order to establish the best management for the patient, expectant or surgical, taking into account the risks and benefits for the development of the patient. Therefore, given the persistence of the clinical condition, the patient was referred for surgical evaluation by another professional.

Keywords: Pediatrics. Ectopic Pancreas. Vomiting. Surgery. Embryology.

1 INTRODUÇÃO

O pâncreas ectópico, também conhecido por pâncreas heterotópico, aberrante ou acessório, consiste na presença de material pancreático em tecidos onde normalmente está ausente, e não tem qualquer continuidade anatômica, vascular ou ductal com a glândula ortotópica (CHIRIATTI, et al., 2020; REZVANI, et al., 2017). Apesar de não existir consenso sobre a patogênese, teorias embriológicas tentam elucidar sua origem (CHIRIATTI et al., 2020). Portanto, trata-se de uma doença congênita rara, sendo relatado pela primeira vez em 1727, por Jean Schultz, porém confirmada histologicamente apenas em 1859 por Klob (BROMBERG et al., 2010; CALLEJAS et al., 2013; MARQUES; CASTRO; OLIVEIRA, 2015).

Na população em geral, o pâncreas ectópico constitui a principal heterotopia abdominal, seguida pela gástrica, adrenal e óssea (RIBEIRO, et al., 2020). Sua incidência foi relatada entre 0,55 e 13,7% dentro do universo das autópsias e cerca de 85% dos casos são encontrados acidentalmente por exames que tinham outras indicações. Tem sido relatado predomínio no sexo masculino (cerca de 5 vezes maior do que em mulheres) e 50% dos casos identificados entre 40-60 anos de idade (CALLEJAS, et al., 2013). Em relação aos pacientes pediátricos, alguns autores relatam esse achado de tecido pancreático ectópico sintomático em apenas 8% dos casos, enquanto outros relatam sintomas em mais de 60% dos pacientes (PERSANO et al., 2019).

Durante o processo de embriogênese, ocorrem sucessivas invaginações do tecido endodérmico, responsável por originar o pâncreas a partir do duodeno primitivo. Com isso as porções cefálicas e dorsal serão responsáveis por originar o corpo e a cauda do pâncreas.

Existem diversas teorias que tentam explicar a sua etiologia sendo que a mais aceita discorre sobre o deslocamento do tecido pancreático ao longo do tubo digestivo primitivo no decorrer do crescimento longitudinal (CUZACU et al., 2018; RIBEIRO et al., 2020).

Sendo assim, a teoria do deslocamento infere que, durante a rotação do intestino anterior, vários elementos pancreáticos primitivos se separam e são depositados ectopicamente, formando tecido pancreático maduro; a teoria da metaplasia sugere que durante a embriogênese, o mecanismo de desenvolvimento de tecido ectópico surge a partir áreas de metaplasia da endoderme pancreática que migram para a submucosa; e por fim, alguns autores defendem que o tecido pancreático ectópico que ocorre em locais anatomicamente remotos pode ter patogênese diferente, que ainda é desconhecida (CUZACU et al., 2018).

Dentre os achados ectópicos, pode-se dividir em macroscópico e microscópico. Macroscopicamente, as lesões são compostas de nódulos redondos ou lobulados, bem circunscritos, intramurais ou submucosos com mucosa intacta, podendo apresentar ulceração ou umbilicação central, semelhante ao orifício de um ducto pancreático rudimentar. Já microscopicamente, fragmentos podem invadir as diferentes camadas do trato gastrointestinal, sendo identificado com maior incidência ao nível da submucosa (73%-75% dos casos), seguido da camada muscular da lâmina própria (17% dos casos) e da subserosa (10% dos casos), podendo alcançar as três camadas em alguns pacientes.

Dessa forma, foi desenvolvido inicialmente um sistema de classificação por Heinrich em 1909 e posteriormente modificado por Fuentes em 1973, que divide o tecido pancreático ectópico em quatro tipos histológicos: a) Tipo I: Componentes normais do tecido pancreático presentes, incluindo ácinos, ductos e ilhotas de Langerhans; b) Tipo II: Arranjo incompleto ou lobular (poucos ácinos e múltiplos ductos). Ausência de elementos endócrinos; c) Tipo III: Apenas o pâncreas exócrino presente; d) Tipo IV: apenas pâncreas endócrino presente (CHIRIATTI et al., 2020).

Em relação a localização, observa-se que o tecido ectópico pancreático é geralmente descoberto na submucosa do trato gastrointestinal superior, incluindo o estômago (25-40%, principalmente em antro), duodeno (17-36,3%) e em proporções menores no jejuno (15-21%), íleo e divertículo de Meckel; raramente é encontrado no esôfago, fígado, vesícula biliar, árvore biliar, baço, omento, pulmões, mediastino, trompas de falópio ou mesmo umbigo (PERSANO et al., 2019).

A maioria dos casos são assintomáticos, o que dificulta o seu diagnóstico, e por isso representam, majoritariamente, um achado acidental durante os exames de imagem ou endoscópico. Entretanto, alguns casos podem ter manifestações clínicas dependendo de seu

tamanho, localização e alterações patológicas. O mecanismo subjacente aos sintomas, incluem a implantação anômala do pâncreas, levando a liberação de enzimas, hormônios e substâncias inflamatórias que podem causar manifestações semelhantes a síndromes carcinoides (APODACA-TORREZ et al., 2003; RIBEIRO et al., 2020). Para tanto, o tecido pancreático ectópico geralmente precisa ter 1,5 cm ou mais ou está próximo a submucosa para resultar em sintomas clinicamente significativos (ALASTAL et al., 2018; RIBEIRO et al., 2020).

No que se refere as apresentações clínicas mais comuns, destacam-se a dispepsia e a dor epigástrica que podem ou não vir acompanhados de vômitos recorrentes (PERSANO, et al., 2019). De acordo com a localização anatômica, pode ocorrer obstrução gastrointestinal, dor abdominal ou torácica, além de eventos hemorrágicos. Os sintomas estão relacionados principalmente a um efeito de massa, mas em alguns casos, pancreatite e pseudocistos podem se desenvolver dentro do pâncreas ectópico gerando tais manifestações.

Apesar da evolução das modalidades diagnósticas, não existe um padrão-ouro para o diagnóstico dessa lesão e nem um protocolo definido para facilitá-lo. Portanto, o diagnóstico consiste em exames imagens e endoscopia, em combinação com uma biópsia direta da lesão (ALASTAL et al., 2018; DALAL et al., 2020; GOTTSCHALK et al., 2017).

Em relação aos exames de imagens, a radiografia fornece achados inespecíficos e dificilmente é possível fechar o diagnóstico. Nesse caso, a ressonância magnética representa o exame de maior acurácia, permitindo a visualização lesões hiperintensas ou isointensas do tecido ectópico em comparação com o pâncreas normal. A endoscopia do trato gastrointestinal superior é uma ferramenta com alta sensibilidade, mas baixa especificidade para o diagnóstico de pâncreas ectópico (CHIRIATTI et al., 2020; TEKE et al., 2007).

No pâncreas ectópico podem ocorrer também diversos processos patológicos que acometem a glândula ortotópica, como por exemplo: inflamação com pancreatite aguda (11%) ou crônica, abscesso (2%) ou pseudoquisto (20%); produção enzimática com ulceração da mucosa suprajacente e hemorragia digestiva (2,8%-8%); obstrução a nível da área anatômica onde se localiza (obstrução ao esvaziamento gástrico [12%], icterícia obstrutiva [22%], intussuspecção [38%] e obstrução intestinal); desenvolvimento de tumores endócrinos benignos produtores de hormônios (27%), denominados de insulinoma (originando hipoglicémias), gastrinoma (com presença de doença ulcerosa péptica grave recidivante e Síndrome de Zollinger-Ellison), tumor secretor de hormônio de crescimento (levando a acromegalia) e VIPoma (condicionando a ocorrência de diarreias secretórias); e ainda degeneração maligna (12,7%), sendo o adenocarcinoma o mais frequente. Além disso, em alguns casos raros com transformação maligna, verifica-se preferencialmente a localização

gástrica, nos tumores de maiores dimensões e em indivíduos mais jovens (OURÔ et al., 2011; PAPAZIOGAS et al., 2008; TEKE et al., 2007).

Além disso, é importante conhecer e elencar os principais diagnósticos diferenciais durante a investigação da heteropatia pancreática para melhor avaliação da conduta. Assim, os principais achados diferenciais são os tumores submucosos (leiomioma, tumor gastrointestinal do estroma [GIST], tumor gastrointestinal do sistema nervoso autônomo [GANT] e lipoma), tumores polipóides e neoplasias metastáticas, sendo possível realizar a diferenciação entre estas entidades pelo uso da ultrassonografia endoscópica associada à biópsia através de agulha fina, visto que somente o estudo histológico da peça operatória possibilita um diagnóstico (MACEDO et al., 2006; RIBEIRO et al., 2020)

Apesar do seu aspecto benigno, a presença de ectopia pancreática pode levar a complicações a depender do local anatômico acometido. Neste sentido, quando há presença do tecido na âmpola de Vater, poderá ocorrer a obstrução da secreção biliar e, conseqüentemente, aumento da bilirrubina conjugada levando ao quadro de icterícia. Por outro lado, quando localizado no trato gastrointestinal pode causar obstrução mecânica, ulceração e intussuscepção (OURÔ et al., 2011)

Todavia, alterações metaplásicas podem ocorrer em tecido ectópico, levando ao desenvolvimento de malignidade na idade adulta; embora extremamente raros, as doenças malignas decorrentes do pâncreas ectópico também foram descritas em crianças. Degeneração maligna em ectopia pancreática é relatada e deve ser suspeitada em pacientes sintomáticos (CALCAGNO et al., 2018; GOTTSCHALK et al., 2017; PERNASO et al., 2019).

Nesses casos, observa-se os seguintes aspectos: predomínio do sexo masculino (51,8%) sobre o feminino e em pacientes de meia-idade; local mais comum do tumor é no estômago; a maioria dos tumores são adenocarcinomas; maior frequência dentro do tipo I (58,4%) da classificação de Heinrich; macroscopicamente, o aspecto subepitelial foi mais frequentemente observado; e melhor prognóstico para doenças malignas pancreáticas ectópicas em comparação com câncer pancreático ortotópico.

O tratamento para esses casos de heterotopia depende da presença ou ausência de sintomas, confirmação de malignidade e das dimensões do tecido ectópico. Para aqueles pacientes assintomáticos, ainda não há um consenso sobre os benefícios da intervenção cirúrgica, sendo a conduta normalmente é expectante, reservando a cirurgia para os casos sintomáticos ou com diagnóstico definitivo de algum grau de malignidade (ÔURO et al., 2011; RIBEIRO et al., 2021).

Por outro lado, os pacientes sintomáticos podem ser tratados de três formas diferentes a depender do tamanho do tecido ectópico e do grau de malignização. Dessa forma, em casos de lesões sintomáticas ou situações de transformações malignas deve ser recomendado a ressecção via endoscopia ou ablação cirúrgica, em casos de lesões com dimensões menores de 2cm, pedunculadas ou superficiais. Já para aqueles com lesões maiores de 2 cm e mais profundas ou situações onde não se obteve êxito na tentativa de ressecção endoscópica, há maior benefício na abordagem por laparotomia (GUARALDI et al., 2005; MALAGELADA et al., 2019).

Para tumores situados na parede gástrica anterior ou áreas acessíveis pela posterior, a ablação em cunha por laparoscopia é o procedimento de primeira escolha (ALMEIDA et al., 2012). Todavia, nos tumores posteriores, o procedimento indicado é a gastrectomia anterior, que permite a identificação da lesão e o prosseguimento com a ressecção transgástrica. Na suspeita de malignidade, lesões de dimensões maiores em associação com fenômenos obstrutivos, hemorrágicos, inflamatórios, ulcerosos, indica-se a ressecção gástrica com margem de segurança oncológica via ressecção atípica em cunha, antrectomia, gastrectomia subtotal e total, quando necessário. No entanto, situações sintomáticas, em que as causas mais comuns de queixas abdominais são excluídas, adota-se, preferencialmente, a ressecção, sobretudo na inexistência de resultado histológico confiável (CARON et al., 2016; DIOGO-FILHO et al., 2016; OURÔ et al., 2011; RIBEIRO et al., 2020).

Cabe salientar que se for encontrado algum achado intraoperatório durante o procedimento cirúrgico, é mandatória a excisão total da lesão, independente da ausência ou presença de sintomas. Procedimentos mais radicais com ressecção em bloco de estruturas adjacentes são imprescindíveis para evitar dúvidas diagnósticas ou reduzir a probabilidade de recidiva de a lesão, bem como suas complicações. Já em situações sintomáticas ou achados acidentais em cirurgia, a prática de procedimentos menos radicais, como excisão parcial ou biópsia, podem levar a recorrência ou persistência dos sintomas. Portanto, ainda não há consenso quanto a orientação terapêutica para doentes assintomáticos, porém a indispensabilidade de um diagnóstico histológico torna a cirurgia muitas vezes inevitável (MARQUES et al., 2015).

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo apresentar o relato de caso sobre o achado de pâncreas ectópico em paciente pediátrico, que compareceu a primeira consulta com queixa de vômitos persistentes. Desse modo, vem sendo acompanhado pela Dr^a Larissa Latrilha há dois anos com realização de exames complementares e instituição de condutas terapêuticas, tanto para fechar o diagnóstico quanto para obter melhora do quadro clínico.

2 RELATO DE CASO

Paciente E.G.S.L., masculino, quatro anos de idade, natural e procedente de Itabuna, foi levado por sua genitora para consulta pediátrica em consultório particular do município de Itabuna. Foi referido que o paciente apresentava vômitos recorrentes, após as refeições, iniciados aos 2 anos de idade, sem outros sintomas associados. Além disso, negou-se histórico de infecções recentes, alergias alimentares e medicamentosas, perda de peso significativa e qualquer associação do quadro com algum tipo de alimento específico. Referiu-se também não ter feito uso de nenhuma medicação após os episódios. Ao exame físico, não se identificou alterações do antropométricas, neurodesenvolvimento cognitivo da criança e/ou de outros sistemas. Outrossim, quando comparado seus dados antropométricos com o escore Z, o paciente estava na faixa de normalidade para sua idade.

Dessa forma, foram elencadas as seguintes hipóteses diagnóstica: doença do refluxo gastroesofágico, gastroenterite, doença celíaca, doença inflamatória intestinal, vômito psicogênico, distúrbio alimentar, distúrbios tireoidianos, esofagite eosinofílica, alergia alimentar e alguma parasitose. Para tanto, nesse primeiro momento, foram feitas as seguintes solicitações de exames complementares: hemograma, amilase, lipase, creatinina, TGO, TGP, glicemia em jejum, anticorpo transaminase IgA, IgA total, TSH, T4, ureia, sumário de urina e parasitológico (1 amostra). Ademais, iniciou-se o tratamento empírico com omeprazol 20 mg por um mês e encaminhamento para avaliação do psicólogo, já tentando excluir as possibilidades de doença do refluxo gastroesofágico ou causas psicogênicas.

Em um segundo momento, foram avaliados os resultados dos exames, os quais não apresentaram nenhuma anormalidade, descartando a maioria das hipóteses diagnósticas aventadas. Além disso, foi referido melhora do quadro com uso da medicação inicialmente, entretanto os sintomas voltaram a aparecer ao final do tratamento. O laudo psicológico descartou qualquer alteração neuropsiquiátrica que poderia estar associada ao quadro clínico. Diante disso, foram solicitados exames de imagem para melhor investigação do quadro, sendo eles: radiografia contrastada esôfago-duodeno e endoscopia digestiva alta com biópsia.

O resultado da radiografia contrastada não revelou qualquer tipo de alteração do trânsito esôfago-gastro-duodeno. Por sua vez, a endoscopia digestiva alta revelou uma lesão subepitelial umbilicada no estômago na região de antro na parede posterior pela grande curvatura, medindo cerca de 10 mm no seu maior diâmetro, típica de pâncreas ectópico. Por outro lado, o teste urease foi negativo e as biópsias de esôfago distal, proximal, gástrica e

duodeno não revelaram alterações. Com isso, identificou-se o tecido ectópico como a causa mais provável do quadro clínico do paciente, sendo adotada uma conduta expectante e solicitando novos exames de imagem: tomografia de crânio e abdome contrastadas (via endovenosa e oral), para descartar outras raras possibilidades diagnósticas como neoplasia neurológica e malformações do trato gastrointestinal, respectivamente.

No último atendimento foram levados os resultados das tomografias, que foram realizadas apenas com contraste endovenoso, as quais não revelaram qualquer tipo de alteração ou presença de alguma massa. Diante desses achados e da persistência do quadro clínico, o paciente foi encaminhado para avaliação cirúrgica, de modo a estabelecer os riscos e os benefícios desse procedimento, assim como as chances de o achado ectópico sofrer degeneração maligna. Cabe salientar, que todo esse acompanhamento já tem 2 anos e hoje o paciente tem 6 anos de idade.

3 DISCUSSÃO

O presente caso abordou o achado de ectopia pancreática sintomática em paciente pediátrico de 4 anos de idade. Ao longo de dois anos foram realizados exames laboratoriais, de imagem, tratamento empírico com omeprazol, como forma de descartar outras suspeitas diagnósticas, sendo a sua mais comum a doença do refluxo gastroesofágico, assim como determinar o motivo pelo qual o paciente apresentava queixa de vômitos persistentes.

Conforme elucidado na literatura, ainda não há consenso sobre o protocolo diagnóstico e terapêutico desse achado raro, sobretudo em crianças. Observou-se que tais achados são infrequentes nessa faixa etária, o que pode retardar o seu diagnóstico e o tratamento, ou podem ser confundidos por outros diagnósticos, ou ainda como muitos quadros são assintomáticos, são descobertos apenas na fase adulta (CAZACU et al., 2018; PERSANO et al., 2019).

Diante disso, inicialmente foram levantadas algumas suspeitas diagnósticas de vômitos mais frequentes em crianças em idade escolar, como por exemplo: doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), alergia alimentar, gastroenterites agudas, hepatite, intoxicações alimentares, sepse, doença péptica, distúrbios do metabolismo, reações medicamentosas, malformações do tubo digestório, vômitos cíclicos, cinetose, apendicite aguda, doença celíaca, doença de Chron, neoplasia cerebral (hipertensão intracraniana) e doenças

psiquiátricas (ALLEN; HO, 2012; ANTUNES, 2008; LIMA, 2017; LUCCHESI, 1998; MURAHOVSKI, 2006). Tais hipóteses justificaram os exames complementares solicitados, bem como o tratamento empírico com inibidor da bomba de próton por um mês, como citado acima, na qual não obteve melhora.

Apesar dos vômitos, em geral, serem precedidos por náuseas, bem como associados à palidez, sudorese e salivação, observou-se a ausência dessas alterações no presente caso, de modo a suspeitar de vômitos em jato, haja vista ser comum em indivíduos com lesões cerebrais ou hipertensão intracraniana (DI LORENZO, 2021; FLAKE et al., 2015). Entretanto, os exames de imagem solicitados, como também a avaliação psicológica, não revelaram nenhum tipo de alteração estrutural e funcional a nível neurológico. Por outro lado, dentre os sintomas associados ao pâncreas ectópico, não se observou na literatura relatos de náuseas, sialorreia ou sudorese precedendo os episódios de êmese, deixando incerto se é algo característico da patologia ou por falta de espaço amostral para estudos randomizados.

Outro aspecto relevante à persistência de vômitos, refere-se aos prejuízos funcionais e metabólicos ao paciente. Sabe-se que tal condição está associada a perda de eletrólitos, água e do apetite, podendo levar a distúrbios hidroeletrólíticos, ácido-base, desidratação e perda ponderal. Para criança, representa um sinal de agravamento e sua progressão crônica pode comprometer o seu estado metabólico, desenvolvimento neuropsicomotor, podendo levar até a rebaixamento do nível de consciência e coma (KASPER et al., 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017). Todavia, o presente estudo demonstrou que apesar da frequência aumentada dos vômitos, estes não interferiram nos achados do exame físico do paciente, de modo a estar dentro da curva de crescimento padrão para altura e peso, apropriado para a idade.

Além disso, é importante durante avaliação clínica, destrinchar outras características relacionadas às crises de vômitos, como o tempo de duração (minutos ou horas), conteúdo do vômito (fragmentos alimentares, bilioso, sangue, entre outros) e a frequência das crises (espaçadas entre dias ou meses). Esses dados são importantes para diferenciar da síndrome de vômitos cíclicos, uma condição caracterizada por episódios recorrentes e estereotipados de vômitos com períodos intermediários de saúde normal ou basal; como também daqueles oriundos de comprometimento hepático ou biliar, haja vista que a ausência de aspecto bilioso afasta a possibilidade de diagnóstico do quadro (LIU, 2021; LIMA, 2017), além de não fechar o diagnóstico segundo o ROMA IV já que foi encontrada uma alteração anatômica na endoscopia.

Outra condição que poderia explicar a causa da sintomatologia do paciente, é o pâncreas anular, uma malformação congênita definida com a presença de vômitos biliosos intermitentes, distensão abdominal e retardo crescimento, características estas não presentes no paciente em questão (SCHMIDT et al, 2004). Por sua vez, o paciente do presente relato costumava apresentar vômitos pós-prandiais todos os dias, não preenchendo os critérios diagnósticos para nenhuma dessas condições clínicas. Entretanto, apesar de apresentar esse caráter após as refeições, não havia nenhuma relação com grupo e/ou alimento específico, não era precedido de náuseas nem de dor abdominal; características imprescindíveis para estabelecer o diagnóstico de alergia alimentar (LIMA, 2017; SOLE et al., 2005).

Ainda sobre os diagnósticos diferenciais, a doença celíaca, uma doença autoimune e inflamatória sistêmica na qual o organismo não consegue digerir uma proteína (glúten); caracteriza-se pela presença de diarreia, anorexia, dor e/ou distensão abdominal, atraso no desenvolvimento, náuseas, vômitos, fadiga, dermatite herpetiforme e alterações comportamentais como sintomas (LIMA, 2017; RADOLOVIC et al., 2016). Com isso, faz-se necessário estabelecer o seu diagnóstico da forma mais precoce possível a fim de evitar a morbimortalidade, sobretudo pela crise celíaca (PACITTO et al., 2017). Portanto, os achados da avaliação clínica mais a normalidade dos exames laboratoriais e biopsia duodenal, afastaram esse diagnóstico.

Já a DRGE, é uma das condições mais prevalentes na infância, variando de 2,5% a mais de 25%, dependendo dos critérios usados para definir sua presença e frequência em relação à faixa etária. Caracteriza-se em crianças na faixa pré-escolar por: dores abdominais inespecíficas, podendo vir acompanhada de regurgitação, vômitos e recusa alimentar, sendo essa a principal hipótese diagnóstica do presente relato de caso, de modo a justificar o tratamento empírico inicial com inibidor de bomba de próton-omeprazol (LIMA, 2017). Entretanto, a melhora terapêutica relativa durante o primeiro mês de uso, seguida pelo retorno dos vômitos persistentes com as mesmas características e ausência de lesão esofágica pela endoscopia digestiva alta, afastaram essa hipótese. Além disso, esse exame não revelou alterações morfológicas na mucosa gástrica e, em conjunto com o teste da urease negativo, refutou a possibilidade de doença péptica.

Os distúrbios metabólicos também podem cursar com vômitos persistentes, especialmente o quadro de cetoacidose diabética, cuja as principais características são a poliúria, polifagia e polidipsia. Todavia, também pode cursar com sintomas gastrointestinais, como náusea, vômito e dor abdominal, como consequência do quadro de acidose metabólica, similar ao quadro de gastroenterite aguda. Uma forma de distinguir é observar a ausência de diarreia nos quadros

de cetoacidose diabética (FERRAN; PAIVA, 2017). Tais condições não foram observadas no paciente, tanto pelos achados clínicos quanto pelos laboratoriais.

Causas infecciosas são comuns nessa faixa etária, seja por agentes virais ou bacterianos. Nesse caso, as infecções bacterianas, especialmente do gênero estreptococos do grupo beta-hemolítico, são responsáveis por gerar o quadro de sepse, caracterizado por: febre, náuseas, vômitos, desconforto abdominal, acompanhados de aumento das bilirrubinas totais, creatinina, plaquetas e leucocitose (ILAS, 2019). Como relatado, o presente paciente não apresentava outra queixa além dos vômitos, e os achados laboratoriais confirmaram a ausência de processo infeccioso subjacente a manifestação clínica apresentada muito prolongada, exclui este diagnóstico.

Outra causa frequente de vômitos na faixa pediátrica é a intoxicação alimentar, caracterizada por início súbito dos sintomas após a ingestão de um alimento específico contaminado por toxinas e/ou patógeno. Para tanto, é comum observar a presença de náuseas e diarreia, podendo evoluir para dor abdominal e perda ponderal, como também a existência dessas manifestações em outros indivíduos de convivência próxima (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017). Dessa forma, observou-se que não houve nenhuma queixa nos demais integrantes do grupo familiar do paciente, além de não existir relação com qualquer tipo de alimento, tempo extensivo e ausência de demais sintomas, afastando, portanto tal hipótese diagnóstica.

Dentre as doenças inflamatórias intestinais, a doença de Chron seria o diagnóstico mais sugestivo para o presente quadro clínico, haja vista de sua incidência em qualquer região do trato gastrointestinal. Assim, quando acometer o trato digestivo alto, costuma manifestar-se com disfagia, pirose retroesternal, náuseas, vômitos e odinofagia. Cabe salientar também a necessidade de investigar em outros integrantes familiares, dado o caráter hereditário da patologia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017). Entretanto, os achados clínicos, a investigação laboratorial e ausência de anormalidades nos exames de imagens descartaram essa hipótese diagnóstica.

No que se refere ao diagnóstico de pâncreas ectópico, não há consenso na literatura sobre o tipo de exame padrão-ouro nem qual protocolo de investigação e tratamento deverá ser adotado (PERSANO et al., 2019). Diante disso, preconiza-se levar em consideração os riscos e benefícios ao paciente, bem como partir daquelas condições mais comuns para cada faixa etária, diante da sintomatologia apresentada, para as mais específicas.

Dessa forma, no presente estudo foi instituído o tratamento com inibidor da bomba de próton, com a finalidade de obter melhora do quadro, haja vista que a doença do refluxo

gastroesofágico é frequente em pacientes pediátricos (RIBEIRO et al., 2020). Além disso, foram solicitados os exames laboratoriais, a fim de identificar alterações de alguns marcadores específicos para os principais diagnósticos diferenciais do pâncreas ectópico. A ausência de alterações nesses exames iniciais e melhora discreta do quadro após o tratamento, justificou a solicitação de exames de imagem e endoscópico. Este último, por sua vez, revelou tecido ectópico na parede gástrica em região antral, corroborando os achados da literatura como exame de alta sensibilidade para essa condição (ORMARSSON et al., 2006; RIBEIRO et al., 2020).

Por outro lado, alguns autores consideram a ecografia endoscópica como padrão-ouro para avaliação do trato gastrointestinal e estabelecer diagnóstico diferencial com tumores do estroma gastrointestinal, permitindo a localização do tumor, diagnóstico diferencial com outros tumores, e citologia através de agulha fina ecoguiada, podendo atingir sensibilidade de 80-100% (BELLONI et al., 2002), exame este difícil de ser realizado em crianças, além de que, pelas características macroscópicas da endoscopia colaborava para tal diagnóstico, sendo possível dispensar a ecoendoscopia.

Diante da identificação de lesão e ausência de melhora do quadro clínico do paciente, foram solicitadas recentemente tomografias crânio e abdome, contrastada e não contrastada, a fim de identificar possíveis sinais de tumoração e obstrução do trânsito gastrointestinal. Outrossim, objetivou-se indicar para o paciente uma avaliação cirúrgica, haja vista que na literatura não há consenso sobre os critérios definidores de cirurgia para tal condição (OURÔ et al., 2011).

Ribeiro et al. (2021) em seu artigo de revisão apresenta como técnicas cirúrgicas mais indicadas para ressecção de pâncreas ectópico a ablação cirúrgica ou a ressecção via endoscópica, dependendo da presença de sintomas, malignidade e tamanho aumentado. O procedimento de ressecção por via endoscópica é mais apropriado para abordagem de lesões pedunculadas, menores de dois centímetros e superficiais, enquanto as lesões maiores, possuem melhores resultados com a técnica cirúrgica via laparoscopia ou laparotomia (ALMEIDA et al., 2012; OURÔ et al., 2011). Também como opção cirúrgica, há a gastrectomia anterior mais indicada para tumores em parede posterior, devendo ser realizada com margem de segurança oncológica através da ressecção atípica em cunha, antrectomia, gastrectomia subtotal e total quando necessário (CARON et al., 2016, DIOGO-FILHO et al., 2016; RIBEIRO et al., 2021).

Dessa forma, diante do quadro clínico apresentado, da idade do paciente, dos resultados dos exames de imagem, dos riscos e benefícios inerentes a cirurgia, bem como o que é

preconizado pela literatura vigente, existem duas condutas mais indicadas: a gastrectomia anterior ou a ressecção por via endoscópica. Essas duas possibilidades foram aventadas, pois se levar consideração o tamanho da lesão (10 mm no seu maior diâmetro), sugere-se a abordagem via endoscópica; por outro lado, a localização na parede posterior pela grande curvatura tem maiores benefícios pela técnica da gastrectomia anterior. Cabe salientar, que independentemente do procedimento escolhido, o risco de malignização precisa ser afastado, através da análise histopatológica do material coletado pela endoscopia ou pela margem de segurança do tecido adjacente seccionado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cabe salientar a relevância do presente relato de caso frente à raridade de ectopia pancreática em paciente pediátrico, ainda mais acompanhado de um único sintoma isolado (vômitos recorrentes), comum as diversas doenças gastrointestinais. Como mencionado, a maioria desses achados cursam de maneira assintomática e são descobertos na fase adulta de modo accidental. Assim, a existência de poucos estudos e relatos de caso, sobretudo na pediatria, dificultam a elaboração das condutas clínicas, laboratoriais e terapêutica mais adequada para esse quadro.

Por outro lado, a experiência com esse caso despertou a necessidade de discutir dentro da academia a importância de ter o conhecimento de possíveis achados raros, haja vista de suas manifestações clínicas serem comuns a outras condições mais prevalentes, bem como suceder a investigação complementar para confirmar ou refutar as hipóteses diagnósticas. Outrossim, esse caso suscita no campo científico o desenvolvimento de estudos robustos para elucidar a conduta clínica mais adequada, principalmente na presença de sintomas recorrentes e risco de malignização e, os impactos no desenvolvimento infantil.

Portanto, foi feito o encaminhamento do paciente para avaliação cirúrgica com outro profissional, a fim de estabelecer os riscos e benefícios para o presente paciente. Além disso, faz-se imprescindível salientar que foi orientado a necessidade de reavaliação anual com repetição da endoscópica, independentemente da realização ou não do procedimento cirúrgico. Isso possibilitará o monitoramento de possível reincidência da lesão, aparecimento de tumores, complicações, bem como oferecer o bem-estar físico e mental ao paciente.

REFERÊNCIAS

ALASTAL, Yaseen. et al. **Ectopic Pancreas in the Gastric Antrum Wall Complicated by Ectopic Pancreatitis and Persistent Gastric Abscess**. ACG Case Reports Journal: 2018. Doi: 10.14309/crj.2018.34. Acesso em 30 de novembro de 2021.

ALLEN, H.; HO, S. **Gastro-oesophageal reflux in children-what's the worry?** Melbourne: Australian Family Physician, v. 41, n. 5, p. 268-272, 2012. Disponível em: www.search.informit.org/doi/10.3316/informit.264316939502577 . Acesso em 30 de novembro de 2021.

ALMEIDA, F. et al. **Ecoendoscopia nas lesões subepiteliais do trato digestório: artigo de revisão**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912012000500012>. Acesso em 28 de novembro de 2021.

ANTUNES, M. M. C. **Regurgitação infantil e doença do refluxo gastroesofágico**. Pediatria Ambulatorial. Rio de Janeiro: Científica, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912012000500012>. Acesso em 28 de novembro de 2021.

APODACA-TORREZ, Franz. R. et al. **Insulinomas do pâncreas: diagnóstico e tratamento**. Arquivos de gastroenterologia: 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032003000200003>. Acesso em 28 de novembro de 2021.

BELLONI, M. et al. **Ecografia endoscópica e TC nei tumori stromali gastrici**. Radiologia Medica, 2002. Disponível em: <https://moh-it.pure.elsevier.com/en/publications/endoscopic-ultrasound-and-computed-tomography-in-gastric-stromal->. Acesso em 28 de novembro de 2021.

BROMBERG, Sansom. H. et al. **Pancreatic heterotopias: clinicopathological analysis of 18 patients**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões: 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912010000600007>. Acesso em 20 de novembro de 2021.

CALCAGNO, Pietro. et al. **Emergency Presentation of Gastric Ectopic Pancreas**. Cureus: 2018. DOI: 10.7759/cureus.3565. Acesso em 10 de novembro de 2021.

CALLEJAS, Cristina. G. et al. **Pâncreas ectópico en la vesícula biliar**. Espanha: Ciresp, 2011. Doi: 10.1016/j.ciresp.2011.07.019. Acesso em 10 de novembro de 2021.

CARON, P. et al. **Avaliação preliminar do procedimento videolaparoscópico híbrido para ressecção de tumores gástricos submucosos**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-69912016002010>. Acesso em 01 de dezembro de 2021.

CARVALHO, Anfrisia S.T. **Úlcera péptica**. São Paulo: Jornal de Pediatria, v. 76, n. 2, p. S127-S134, 2000.

CAZACU, Irania M. et al. **Malignant Transformation of Ectopic Pancreas**. Digestive Diseases and Sciences, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10620-018-5366-z>. Acesso em: 01 de dezembro de 2021.

CHIRIATTI, Enrica. et al. **Intramural ectopic pancreatic tissue of the stomach: A case report of an uncommon origin of a non-cancerous gastric tumour**. International Journal of Surgery Case Reports: 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.06.081>. Acesso em: 01 de dezembro de 2021.

DALAL, I. et al. **Hepatobiliary and Pancreatic: Ectopic pancreas presented as a large paragastric mass**. Australia: Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgh.15013>. Acesso em 01 de dezembro de 2021.

DI LORENZO, CARLO. **Approach to the infant or child with nausea and vomiting**. Uptodate: 2021.

DIOGO-FILHO, A. et al. **Câncer de coto gástrico após gastrectomia por úlcera péptica gastroduodenal**. São Paulo: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-6720201600010017>. Acesso em 02 de dezembro de 2021.

FLAKE, Z. A. et al. **Practical selection of antiemetics in the ambulatory setting**. American Family Physician, 2015. Disponível em: www.aafp.org. Acesso em: 02 de dezembro de 2021.

FERRAN, Karina; PAIVA, Isis A. **Abordagem da cetoacidose diabética na infância e adolescência**. Rio de Janeiro: Revista de Pediatria, 2017.

GUARALDI, S. et al. **O papel da ecoendoscopia no diagnóstico das neoplasias císticas primárias do pâncreas**. Radiologia Brasileira: 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-39842005000600014>. Acesso em 28 de novembro de 2021.

GOTTSCHALK, Uwe. et al. **Ectopic pancreas in the upper gastrointestinal tract: Is endosonographic diagnosis reliable? Data from the German Endoscopic Ultrasound Registry and review of the literature**. Endoscopic Ultrasound, 2017. Disponível em: [10.4103/eus.eus_18_17](https://doi.org/10.4103/eus.eus_18_17). Acesso em 28 de novembro de 2021.

INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE. **Sepse**. Disponível em www.ilas.org.br . Acesso em 01 de dezembro de 2021.

KASPPER, D. L., et al. **Distúrbio hidroeletrólítico**. In: **Medicina de Interativa de Harrison**. Artmed, 2017.

LIMA, FRANCISCO J. N. **Principais causas de êmese e evolução clínica em crianças de até 5 anos de vida atendidas no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do hospital universitário da UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE (UFS).** (Dissertação Mestrado). Aracaju: UFS, 2017.

LIU, Xuemei. et al. **Ectopic pancreas appearing as a giant gastric cyst mimicking gastric lymphangioma: a case report and a brief review.** BMC Gastroenterology: 2021.

LUCCHESI, S. R. **Vômitos na criança.** In: *Pediatria-consulta rápida*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

MACEDO, Leonardo. L. et al. **Tumor do estroma gastrintestinal: achados clínicos, radiológicos e anatomopatológicos.** Radiologia Brasileira, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-39842007000300004>. Acesso em 02 de dezembro de 2021.

MALAGELADA, J. et al. **Lesões císticas pancreáticas.** World Gastroenterology Organisation Global Guidelines, 2019.

MARQUES, J.; CASTRO, J.; OLIVEIRA, H. **Pâncreas ectópico: forma rara de apresentação.** Revista Portuguesa de Cirurgia: 2015. Disponível em: <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/543>. Acesso em: 08 de dezembro 2021.

MURAHOVSKI, J. **Os problemas da parede abdominal e do tubo digestório. A criança que vomita.** In: *Pediatria/ Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Sarvier, 2006.

ORMARSSON, O. et al. **Diagnosis and treatment of gastric heterotopic pancreas.** World journal of surgery, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00268-005-0669-6>. Acesso em 10 de novembro de 2021.

OURÔ, Susana. et al. **Ectopia Pancreática.** Lisboa: Acta Medica Portuguesa, 2011. Disponível em: www.acetamedicaportuguesa.com . Acesso em 28 de novembro de 2021.

PACITTO, A. et al. **Celiac disease presenting with peripheral neuropathy in children: a case report.** International Journal of Environmental Research and Public Health, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph14070785>. Acesso em 03 de dezembro de 2021.

PAPAZIOGAS, Basilios. et al. **Carcinoma developing in ectopic pancreatic tissue in the stomach: a case report.** Cases Journal: 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1757-1626-1-249>. Acesso em: 28 de novembro de 2021.

PERSANO, Giorgio. et al. **Heterotopic pancreas in the gastrointestinal tract in children: a single-center experience and a review of the literature.** Itália: Italian Journal of Pediatrics, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13052-019-0738-3>. Acesso em: 01 de novembro de 2021.

RADLOVIC, N. et al. **Celiac crisis in children in Serbia**. Italian Journal of Pediatrics, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13052-016-0233-z>. Acesso em: 03 de dezembro de 2021.

REZVANI, M. et al. **Heterotopic pancreas: histopathologic features, imaging findings, and complications**. RadioGraphics, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1148/rg.2017160091>. Acesso em 30 de novembro de 2021.

RIBEIRO, Dayane A. S. T. et al. **Pâncreas ectópico: revisão de casos clínicos, abordagem diagnóstica e terapêutica**. Vargem Grande Paulista: Research, Society and Development, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10113>.

SCHMIDT, M. K. et al. **Pâncreas anular: ressecção pancreática ou derivação duodenal**. São Paulo: Revista da Associação Médica Brasileira, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000100039>. Acesso em 03 de dezembro de 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Doenças inflamatórias intestinais**. In: **Tratado de Pediatria**. Barueri: Manole LTDA, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Regurgitação do lactente (Refluxo Gastroesofágico Fisiológico) e Doença do Refluxo Gastroesofágico em Pediatria**. São Paulo: Departamento Científico de Gastroenterologia, 2017. Disponível em: www.sbp.com.br. Acesso em 30 de novembro de 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Novas diretrizes do Surviving Sepsis Campaign 2020 para o tratamento da Sepse e Choque Séptico em Pediatria**. São Paulo: Departamento Científico de Terapia intensiva, 2021. www.sbp.com.br. Acesso em 30 de novembro de 2021.

SOLE, Manoel. et al. **Fine-needle aspiration cytology of intraductal papillary mucinous tumor of the pancreas**. Cancer Cytopathology, 2005.

TEKE, Zafer. et al. **Ectopic pancreas of the gastric antrum contiguous to a Gastrointestinal Stromal Tumor Manifesting as Upper Gastrointestinal Bleeding: Report of a Case**. Surgery Today, 2007.

ANEXO 1

