

P-013

## Obstrução duodenal por pâncreas anular em neonato

Isabelle Reis França Motta,<sup>1</sup> Isabelly dos Santos Silva,<sup>1</sup> Nathalia Ferreira Palomo Valle,<sup>1</sup> Isabela Bernardes Moreira,<sup>1</sup> Juliana Fialho Coelho<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina de Campos

<sup>2</sup>Hospital Plantadores de Cana

**Introdução** • O pâncreas anular trata-se de uma anomalia congênita de ocorrência rara, entre 1:10.000 a 1:20.000 nascimentos. Decorre da formação de um anel pancreático em torno do duodeno, que pode ser assintomática, quando o anel é parcial, ou causar obstrução duodenal, levando a sintomas de obstrução intestinal alta. **Descrição do caso** • A. C. A., paciente feminina, parda, com 4 dias de idade, foi levada pela mãe para uma consulta ambulatorial com queixa de vômitos constantes desde o nascimento, quando foi feita sua avaliação e observou-se cianose facial, icterícia, pulsos finos, perfusão lenta e frequência cardíaca de 121 bpm, indicando sinais de choque hipovolêmico e possível patologia biliar. Foi estabilizada hemodinamicamente e encaminhada para UTI neonatal. Durante a internação, a paciente manteve resíduo gástrico aumentado, requisitando medidas de suporte clínico e exames laboratoriais e de imagem, o último evidenciando distensão do estômago e da primeira porção duodenal, sem progressão do meio de contraste além do duodeno. Foi então encaminhada para uma laparotomia exploratória e diagnosticada com pâncreas anular. Diante disso, a paciente foi submetida a anastomose duodeno-duodeno a *diamond-shaped* para reparo da obstrução duodenal congênita causada pelo pâncreas anular. Após a cirurgia, a paciente evoluiu com sepse e, posteriormente, coagulação intravascular disseminada, quando veio a falecer por complicações de hemorragia pulmonar. **Discussão** • A clínica do pâncreas anular é caracterizada por vômitos biliosos e distensão abdominal, resultante da dilatação gástrica, devido à obstrução alta. O diagnóstico é confirmado pela laparotomia exploratória. O tratamento cirúrgico, anteriormente por duodenojejunosomia, agora prefere a duodenotomia, transversal no segmento duodenal proximal dilatado e longitudinal no segmento distal afilado, com posterior anastomose duodenoduodenal a *diamond-shaped*, elogiado pela literatura. **Conclusão** • O caso demonstrou uma obstrução duodenal causada por pâncreas anular, uma anomalia congênita rara que se manifesta logo nos primeiros dias de vida. Uma percepção ágil dos sinais de alerta sugestivos da doença é importante para um rápido diagnóstico e evitar complicações mais graves e sistêmicas, em vista de diminuir as chances de óbito perinatal. **Agradecimentos** • À Dra. Carmen Celia Azevedo Moretto.

P-020

## Pseudocisto pancreático pós-traumático

Jayne Abdala,<sup>1</sup> Yasmin Soares,<sup>1</sup> Patricia Ferraz,<sup>1</sup> Flavia Fraga,<sup>1</sup> Ana Paula Bordallo,<sup>1</sup> Ana Lucia Albuquerque,<sup>1</sup> Bernarda Ferreira,<sup>1</sup> Aline Abreu,<sup>1</sup> Amanda Maliki,<sup>1</sup> Sylvio Monteiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Federal da Lagoa

**Introdução** • Apesar da injúria pancreática pós-trauma abdominal na infância ser reconhecida há décadas, existem poucos relatos de pseudocisto pancreático (PC) pós-trauma na literatura e seu diagnóstico e tratamento ainda são incertos. O PC pode ser formado após o trauma como resultado de uma coleção localizada das secreções pancreáticas, com posterior inflamação e obstrução do ducto pancreático, podendo complicar com deformação do ducto, formação de pseudocisto e mortalidade. **Descrição do caso** • D. F., 3 anos, masculino, com história de trauma abdominal por balanço de ferro com vômitos e dor abdominal pós-trauma. Foi atendido em emergência onde realizou tomografia computadorizada (TC) de abdome com laudo verbal normal, sendo liberado com sintomáticos. Evoluiu cinco dias após o trauma com piora do quadro e febre, retornando à emergência onde fez nova TC de abdome que evidenciou PC e líquido livre na pelve. Foi internado para tratamento com dieta zero, nutrição parenteral total (NPT) e antibioticoterapia venosa. Inicialmente apresentava PC com 100 ml, amilase: 550, lipase: 542. Evoluiu com aumento progressivo da amilase e do PC, sendo este palpável e visível ao exame físico. Optou-se por conduta expectante durante quatro a seis semanas para formação de cápsula, quando foi realizada drenagem do cisto por punção percutânea. O paciente evoluiu com melhora significativa da massa abdominal ao exame físico e dos exames laboratoriais que apresentaram queda do valor da amilase. Teve alta hospitalar com dreno após 42 dias internado e sete dias após drenagem. **Discussão** • O PC é uma complicação importante em traumas pancreáticos, principalmente quando há lesão do ducto pancreático. Na literatura a maioria dos traumas são decorrentes de acidentes de bicicleta ou de trânsito. Foi necessária abordagem cirúrgica devido à presença de sintomatologia e pseudocisto imensurável em USG abdominal, como indicado na literatura. **Conclusão** • Neste caso, o paciente evoluiu de forma semelhante aos casos descritos na literatura, com pseudocisto em cauda de pâncreas, aumento progressivo da amilase sérica pós-trauma e necessidade de NPT, dieta oral zero e procedimento cirúrgico para resolução do quadro. **Agradecimentos** • A toda equipe médica pediátrica do Hospital Federal da Lagoa.

P-041º

## Apresentação tardia da obstrução duodenal congênita: relato de caso

Laila Pedrinha Mocarzel,<sup>1</sup> Maria Julia da Silva Mattos,<sup>1</sup> Desiree Oliveira,<sup>1</sup> Ana Carolina Castro Côrtes,<sup>1</sup> Emanuelle Schueler Tostes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

**Introdução** • A obstrução duodenal congênita manifesta-se tipicamente no período neonatal com sinais e sintomas de obstrução intestinal alta, com vômitos logo após o nascimento, ausência de eliminação de mecônio nas primeiras 24 horas de vida e distensão abdominal progressiva. Os raros casos de obstrução duodenal parcial podem ter uma apresentação tardia e diversa, culminando no atraso do diagnóstico e correção. **Relato de caso** • Criança de 21 meses prematura tardia, com síndrome de Down e desnutrição, admitida na emergência com desidratação grave e hipocalemia por vômitos biliosos. Semiologia abdominal sem alterações. História de internação hospitalar prévia há um mês por vômitos e desidratação, má progressão ponderoestatural, em aleitamento materno exclusivo devido à dificuldade de introdução da alimentação complementar e recusa alimentar. Ultrassonografia abdominal evidenciou sinais de obstrução duodenal com distensão duodenal até terceira porção. Após estabilização clínica, foi submetida à laparotomia com visualização de membrana duodenal perfurada e realizada duodeno-duodenostomia. Recebeu alta no sétimo dia de pós-operatório com ganho ponderal e aceitação de dieta via oral. **Discussão** • A obstrução duodenal congênita resulta do desenvolvimento anormal do trato gastrointestinal na vida embrionária, classificando-se em intrínseca – por atresia, estenose ou membrana –, ou extrínseca – pâncreas anular e má rotação intestinal. A membrana duodenal é uma falha no processo de recanalização e pode ser intacta ou perfurada. A membrana perfurada é rara e permite a progressão do conteúdo digestivo, configurando uma obstrução parcial do duodeno. Possui uma apresentação mais variada e tardia com vômitos recorrentes, recusa alimentar e dificuldade de ganho ponderal. O diagnóstico, nesses casos, é pouco considerado, já que vômitos são um dos sintomas mais comuns na prática pediátrica, com um amplo diagnóstico diferencial. **Conclusão** • A obstrução duodenal congênita por membrana perfurada, diferente das outras causas de obstrução duodenal, possui uma apresentação tardia e atípica, resultando em dificuldade no diagnóstico na prática do pediatra. O atraso no diagnóstico pode resultar em desnutrição e internação hospitalar por desidratação grave.

P-103

## Estenose hipertrófica de piloro: relato de caso

Aline da Silva Rocha,<sup>1</sup> Natália Kopke Soares Nascimento,<sup>1</sup> Júlio Pinto Coelho Siqueira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitário de Vassouras

**Introdução** • Aestenose hipertrófica do piloro (EHP) é caracterizada pela hipertrofia da musculatura pilórica, provocando estreitamento do canal pilórico. É mais comum em recém-nascido (RN) entre 2 a 8 semanas de vida. A apresentação clínica consiste em vômitos frequentes, em jato, não biliosos, que ocorrem no período pós-prandial. O diagnóstico da EHP é realizado através da anamnese e exame físico, e se necessário pode ser realizado ultrassom de abdome. O tratamento é cirúrgico, realizando uma piloromiotomia. **Descrição do caso** • RN de 20 dias apresenta história de vômitos logo após as mamadas, em jato, já nas primeiras 24 horas de vida, mesmo adotando medidas posturais adequadas. Após o vômito, o RN manifestava vontade de mamar novamente. Sem outros sintomas até o momento, além dos já expostos anteriormente. Em aleitamento materno exclusivo desde o nascimento. Procurou o pronto-atendimento, com os sintomas acima, sendo diagnosticado com doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e prescrito ranitidina. Como não houve melhora dos sintomas, refere que retornou à mesma unidade de saúde, onde o paciente foi internado para investigação do quadro. Foi submetido à ultrassonografia de abdome, que revelou espessura do músculo do piloro de 0,6 cm e comprimento do canal do piloro de 2,4 cm, sendo feito o diagnóstico de EHP e encaminhado à cirurgia de piloromiotomia. **Discussão** • A EHP corresponde a principal condição que requer procedimento cirúrgico na infância. Com a evolução clínica da EHP, os vômitos passam a ser mais frequentes e volumosos, podendo estar associado ou não a perda de peso. Ao exame físico, pode-se encontrar sinais de desidratação; no abdome, distensão gástrica e aumento do peristaltismo; à palpação do epigastro, pode-se identificar uma massa muscular hipertrófica (oliva). O ultrassom é o método de eleição tanto para a confirmação diagnóstica quanto para a sua exclusão. A piloromiotomia de Ramstedt é o padrão-ouro de tratamento, sendo considerada curativa e apresenta mortalidade mínima associada. **Conclusão** • A EHP é uma afecção cirúrgica frequente na prática médica. O diagnóstico pode ser efetuado com uma anamnese criteriosa e exame físico rigoroso. Exames de imagem auxiliam a confirmar o diagnóstico. A precocidade de tal diagnóstico determina um tratamento em tempo hábil, a fim de que haja adequada prevenção do desenvolvimento de complicações clínicas que porventura possam se instalar.

## P-104

## Abscesso renal na infância: quando suspeitar?

**Bruna Barreto Silva,<sup>1</sup> Patricia Carvalho Batista Miranda,<sup>1</sup> Katia Farias e Silva,<sup>1</sup> Fernanda Maron Mascarenhas Liu,<sup>2</sup> Luana Moraes de Lima,<sup>2</sup> Isadora Garcia Ferreira Pacheco,<sup>2</sup> Gabriela Lemos Mandacary Pimentel,<sup>2</sup> Américo Meirelles Motta,<sup>2</sup> Camila de Melo Espínola<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Municipal Miguel Couto

<sup>2</sup>Universidade Estácio de Sá

**Introdução** • Abscesso renal define-se como uma coleção de material purulento decorrente da destruição de uma porção bem-delimitada do parênquima renal. Trata-se de uma forma grave de infecção renal, incomum em idade pediátrica. **Relato de caso** • A. B. B. S., 15 anos, feminino, deu entrada no serviço de urgência com quadro de dor no hipocôndrio esquerdo, de forte intensidade, iniciada há dois dias associada a náuseas. Abdome: flácido, peristáltico, sem massas ou visceromegalias, referindo dor à palpação em região epigástrica, sem sinais de irritação peritoneal. Laboratorialmente, apresentava leucocitose com desvio para esquerda (leucócitos: 41.500, bastões: 20 e 93 segmentados), hematócrito: 33,5, hemoglobina: 11,2 g/gl, plaquetas 192 mil. Ureia: 41, creatinina: 4,2. TGO: 29, TGP: 50, GGT: 118, FA: 165, amilase: 32 e lipase: 32. EAS normal. Rotina de abdome agudo: não foi identificada nenhuma alteração. Tomografia de abdome: ausência de sinais inflamatórios, sem líquido livre na cavidade. USG de abdome evidenciou aumento de volume em rim esquerdo, heterogenicidade cortical sugestivo de processo inflamatório adjunto à espessamento da parede da bexiga. Foi solicitado tomografia de abdome com contraste que ratifica abscesso renal à esquerda com infiltrado, fechando assim o diagnóstico. A conduta foi antibioticoterapia com oxacilina e gentamicina parenterais, hidratação venosa, NPT e acompanhamento tomográfico. **Discussão** • Os abscessos são raros na idade pediátrica. Podem ocorrer como complicação de uma pielonefrite aguda, especialmente em crianças mais velhas. No entanto, comorbidades como diabetes *mellitus*, imunossupressão ou alterações urológicas estão habitualmente presentes. A clínica é inespecífica podendo consistir em febre, náuseas, vômitos, dor abdominal, massa abdominal palpável (se abscesso volumoso), o que motiva muitas vezes ao atraso no diagnóstico. A antibioticoterapia endovenosa durante quatro a seis semanas é eficaz e por isso deve ser a primeira escolha. A drenagem é opção para os casos em que a evolução clínica com tratamento conservador for desfavorável. **Conclusão** • O abscesso renal é uma patologia grave. Deve fazer parte do diagnóstico diferencial de febre com dor abdominal. A confirmação diagnóstica depende de métodos de imagem e o tratamento pode resultar em curso de antibioticoterapia venosa, drenagem cirúrgica e tempo de internação prolongada. **Agradecimentos** • A Patricia Miranda e Katia Farias.

## P-167

## Sepse associada a abscesso de psoas após trauma em adolescente

**Carlos Alberto Vairo dos Santos Filho,<sup>1</sup> Fernanda Meireles Miranda Martinez,<sup>1</sup> Mariana Ecard Melo,<sup>1</sup> Carolina Pinheiro de Araujo,<sup>1</sup> Nathassia de Paula Souza de Sá,<sup>1</sup> Lenita de Melo Lima,<sup>1</sup> Tatiane Vidal Dias Gomes,<sup>1</sup> Ramona Souza da Silva,<sup>1</sup> Marcos André Giffoni da Silva,<sup>1</sup> Beatriz Araújo da Costa Sofre<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Municipal da Piedade

**Introdução** • O músculo psoas encontra-se no espaço retroperitoneal e tem relação anatômica com outras estruturas, como trato gastrointestinal, urinário e articulação coxofemoral. Processos infecciosos que envolvem o músculo psoas podem se manifestar com sintomas semelhantes a outras síndromes infecciosas agudas que acometem o abdome e o quadril. **Descrição do caso** • S. S. O., 14 anos, feminina, internada com dor em região glútea esquerda e claudicação após trauma, febre, êmese e diarreia. Ao exame apresentava limitação de mobilidade ativa e passiva em articulação coxofemoral esquerda, sem sinais flogísticos. Iniciada antibioticoterapia com cefepime e metronidazol. Evoluiu com distensão abdominal, dor à palpação e descompressão dolorosa em fossa ilíaca e hipogástrico esquerdo, além de taquidispneia e redução de murmúrio vesicular em bases. Exames laboratoriais: leucocitose com desvio à esquerda e anemia. Radiografia de tórax e abdome: derrame pleural à direita, nível hidroaéreo em região de íleo e sigmoide. Tomografia toracoabdominal: área de consolidação com aerobroncograma na base do pulmão direito, associado a pequeno derrame pleural e coleção com gás no músculo iliopsoas à esquerda. Associado vancomicina. Evoluiu com sepse, sendo submetida a drenagem cirúrgica com saída de grande quantidade de secreção purulenta. Bacteriologia: salmonela entérica sensível a cefepime. Completou 21 dias de cefepime, metronidazol e vancomicina. Alta hospitalar estável clinicamente, exames laboratoriais sem alterações. **Discussão** • O abscesso do psoas pode ser classificado em primário quando o agente etiológico atinge o espaço retroperitoneal através do sangue ou linfa, mais comum em imunodeprimidos, sendo o principal agente etiológico o *Staphylococcus aureus*. O abscesso secundário é decorrente de trauma abdominal, processos inflamatórios, complicação cirúrgica ou processo vertebral, sendo os micro-organismos entéricos os causadores frequentes. No caso relatado, a história de trauma associada ao crescimento de germe entérico, sugere abscesso de psoas secundário. A impotência funcional (com claudicação) e algia local (fossa ilíaca/quadril), presentes no caso descrito, são manifestações clínicas comuns da psoíte. **Conclusão** • O abscesso de iliopsoas, cujo risco de letalidade é de 20% dos casos, deve ser lembrado como diagnóstico diferencial dos quadros de abdome agudo e claudicação. O diagnóstico e a intervenção cirúrgica precoce são importantes pelo risco de sepse. **Agradecimentos** • A Deus, acima de todas as coisas, e ao serviço do Hospital Municipal da Piedade.

P-182

## Desenluvamento de pênis em criança por mordedura de animal

Paloma Fernandes Coelho,<sup>1</sup> Marcella Baiao Bruno,<sup>1</sup> Katia Farias e Silva,<sup>1</sup> Patrícia Carvalho Batista Miranda,<sup>1</sup> Karine Maia de Souza,<sup>1</sup> Renata Sande Paiva,<sup>1</sup> Thais Xavier de Souza,<sup>1</sup> Giovana Wydra Schorr,<sup>1</sup> Mariana Antunes Pereira,<sup>1</sup> Isadora Garcia Ferreira Pacheco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Municipal Miguel Couto

**Introdução** • Os desenlamentos são traumatismos incomuns de partes moles caracterizados como lesões de cisalhamento que resultam em avulsões dos tecidos superficiais da pele e do tecido subcutâneo da fáscia subjacente. A mordedura animal corresponde a uma rara causa de trauma genital, sendo o cão o agente causador mais frequente e as crianças as vítimas. **Descrição do caso** • M. G. L., masculino, 11 anos, deu entrada nesse serviço no dia 1/3/2018, três horas após ser mordido por cão em região genital. Ao exame, observou-se desenluvamento parcial do pênis, estando a pele ainda presa ao órgão. Exames laboratoriais sem alterações significantes. Iniciou-se antibioticoterapia e solicitou-se parecer da cirurgia plástica. Em 2/3/2018, cirurgia com reposicionamento do retalho cutâneo para sua posição original foi realizada. No pós-operatório, evoluiu com necrose parcial do retalho cutâneo. Optou-se pelo tratamento ambulatorial, com lavagem com soro fisiológico e debridamento químico da necrose, utilizando sulfadiazina de prata e sulfato de neomicina + bacitracina zíncica, durante duas semanas. Após desbridamento, o órgão ficou com uma ferida anelar de 2 cm de comprimento e no total diâmetro. Observou-se que paciente apresentava excesso de prepúcio em região distal do pênis não acometido pelo trauma. Uma nova abordagem cirúrgica foi realizada, numa adaptação à postectomia, com eversão do retalho do prepúcio na direção proximal do pênis e sutura. Evoluiu com boa aparência e função do órgão. **Discussão** • Neste caso, o reposicionamento inicial da pele foi tentado, ocorrendo, posteriormente, necrose parcial do retalho cutâneo. Após desbridamento químico, a observação de que esse paciente apresentava excesso de prepúcio em região distal do pênis foi fundamental para a escolha de um novo ato cirúrgico. Como, eventualmente, o paciente teria de realizar uma postectomia, uma adaptação a essa cirurgia foi aventada. Ao invés da ressecção da pele em excesso, optou-se por everter o retalho do prepúcio em direção proximal do pênis, cobrindo a área desbridada. **Conclusão** • Mordedura de animais com avulsão da pele do pênis são traumas raros. O manejo envolve irrigação, desbridamento, antibioticoprofilaxia e sutura primária ou reconstrução cirúrgica e quanto mais precoce o procedimento, melhores os resultados.

P-190

## Abdome agudo em paciente neuropata: um desafio diagnóstico

Marcella Baiao Bruno,<sup>1</sup> Paloma Fernandes Coelho,<sup>1</sup> Katia Farias e Silva,<sup>1</sup> Patrícia Carvalho Batista Miranda,<sup>1</sup> Bruna Barreto Silva,<sup>1</sup> Americo Meirelles Motta,<sup>1</sup> Camila de Mello Espínola,<sup>1</sup> Gabriela Lemos Mandacary Pimentel,<sup>1</sup> Isadora Garcia Ferreira Pacheco,<sup>1</sup> Fernanda Maron Mascarenhas Liu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Municipal Miguel Couto

**Introdução** • Abdome agudo por si só já pode ser considerado um desafio por ser um diagnóstico que deve ser fechado com rapidez, porém em pacientes neuropatas o obstáculo pode ser ainda maior. **Descrição do caso** • K. S. M. C., 17 anos, sexo feminino, portadora de neuropatia, foi admitida com quadro de distensão e dor abdominal difusa, febre intermitente e vômitos há tempo indeterminado. Responsável refere caso semelhante há seis meses. Negando diarreia. Realizou tomografia computadorizada (TC) de abdome que revelou distensão de alças de delgado sem obstruções, com presença de cistos anexiais bilaterais. Ao exame físico encontrava-se emagrecida, hipocorada, pouco interativa, eupneica, afebril, aparelhos cardiovascular e respiratório sem alterações. Abdome distendido, peristáltico, doloroso difusamente à palpação profunda sem sinais de irritação peritoneal. Permaneceu em observação quando repetiu TC de abdome, porém com contraste, que não evidenciou obstruções. Já apresentava dificuldade em deambular e mantinha quadro clínico da admissão, além de diarreia. Optou-se por laparotomia exploradora sendo evidenciado cisto em ovário direito com secreção purulenta e fibrina, sendo ressecado. Feito também apendicectomia devido à dificuldade de comunicação da paciente para evitar possível futuro retardo no diagnóstico de apendicite. **Discussão** • O termo 'abdômen agudo' refere-se a uma grande variedade de afecções, com quadro clínico predominantemente abdominal, que exigem definição diagnóstica e terapêutica imediata por ter potencial risco de morte.

Em crianças, as etiologias variam conforme os grupos etários. As manifestações clínicas podem ser distintas e incomuns, dificultando o diagnóstico clínico, levando a necessidade de métodos de imagem. Além disso, crianças podem não conseguir expressar os sintomas de forma precisa e muitas vezes os responsáveis têm dificuldade para interpretar as queixas. O presente relato se refere a uma criança neuropata, condição clínica que se tornou obstáculo no diagnóstico de abdome agudo devido à dificuldade importante de comunicação que a paciente apresenta. O tratamento na maioria dos casos consiste em abordagem cirúrgica e o prognóstico depende do grau de avanço da patologia. **Conclusão** • Pacientes neuropatas ou com quaisquer dificuldades de comunicação precisam de atenção especial nos serviços de pronto-atendimento, já que não relatam com clareza seus sintomas, podendo retardar diagnósticos importantes.

P-198

## Insuficiência arterial secundária a acesso arterial acidental evoluindo com necrose de extremidade distal de quirodáctilo: relato de caso

Vítor Paulo Campos,<sup>1</sup> Danieli Carolini Depieri,<sup>1</sup> Claudia Irene Guerra,<sup>1</sup> Lilian Stewart D'Imperio Teixeira,<sup>1</sup> Maria Eulalia Thebit Pfeiffer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro

**Introdução** • O acesso vascular é muito importante no tratamento de diversas patologias, desde infecções até estados mais complexos e duradouros, como câncer. O acesso vascular ideal proporciona bom fluxo sanguíneo, longo tempo de sobrevivência e baixo índice de complicações. Entretanto um acesso realizado de maneira inadvertida pode trazer sérias consequências ao paciente. O objetivo deste relato é chamar a atenção para a observação do paciente após a realização do acesso, o que pode evitar danos maiores. **Descrição do caso** • J. B. R. E. S., lactente com 3 meses de vida, internado para tratamento de quadro respiratório, teve realizado acesso vascular em membro superior esquerdo (MSE) para infusão de medicações e cerca de sete horas após a instalação do acesso evoluiu com cianose das extremidades distais + palidez e edema em todos os quirodáctilos do membro puncionado. Paciente foi transferido para avaliação e conduta especializada de cirurgia vascular. Realizado doppler, no qual não foi visualizado fluxo nas artérias do antebraço e região palmar. Ao exame físico foi constatada ausência de pulsos distais em MSE, extremidades frias e sem perfusão adequada, mantendo cianose de extremidade. Realizado heparinização plena + aquecimento e observação. Paciente permaneceu internado para término do tratamento do quadro respiratório e observação do quadro de insuficiência arterial, em acompanhamento com cirurgia vascular. Recebeu alta após resolução do quadro respiratório, para dar continuidade no acompanhamento do MSE com cirurgia vascular via ambulatorial. Cerca de 45 dias após o início do quadro, evoluiu com melhora importante das falanges distais da maioria dos dedos, sendo necessário realizar amputação da falange distal do segundo quirodáctilo esquerdo. **Discussão** • Após a realização de acesso vascular é necessário que se observem os sinais do membro utilizado para punção. Devemos lembrar que a trombose relacionada à cateterização arterial periférica é a complicação mais comum relatada na literatura. **Conclusão** • Podemos concluir que para a realização de acesso vascular é necessário conhecimento da técnica e cuidados com o paciente após a realização do mesmo, o que pode evitar complicações ao paciente.