

Obrigada por ver esta apresentação
Gostaríamos de recordar-lhe que esta
apresentação é propriedade do autor.

É-lhe fornecida pela Sociedade Portuguesa de
Pediatria no contexto do 17º Congresso
Nacional de Pediatria, para seu uso pessoal,
tal como submetido pelo autor

© 2016 pelo autor



Curso de Atualizações em Pediatria

Indicações e Idades Cirúrgicas

Objetivos



Conhecer e diagnosticar problemas comuns cirúrgicos, em idade pediátrica;

Uniformizar normas de referenciação e orientação;

Otimizar tratamento adequado e atempado.



Indicações e Idades Cirúrgicas



Patologia da Parede Abdominal

Hérnia da linha branca
Hérnia umbilical
Granuloma umbilical

Patologia do Canal Inguinal

Hérnia inguinal
Hidrocelo
Quisto do cordão

Patologia dos Genitais

Testículo mal descido (TMD)
Testículo retrátil
Fimose
Quisto de esmegma
Coalescência dos pequenos lábios

Patologia da Cabeça e Pescoço

Quisto epidermóide/dermóide
Quisto do canal tireoglossos
Rânula
Quisto mucoso labial
Freios curtos cavidade oral
Fibronodroma pré-auricular
Fístula pré-auricular
Quisto e fístula branquial
Fenda lábio-palatina
Orelhas descoladas

Hérnia da Linha Branca



3 ♂ : 1 ♀ / +++ raça negra

Resultante da fraqueza da aponevrose no local de passagem dos vasos perfurantes

Clinicamente observa-se tumefação supra-umbilical, na linha branca

Não cura espontaneamente

Indicação cirúrgica após diagnóstico (> 1 ano)

Não confundir com diástase dos retos



Hérnia Umbilical



5 ♀: 1 ♂ / 2,5 - 5% em Portugal / 25 - 50% na raça negra

Resultante do encerramento incompleto do anel umbilical

Normalmente assintomática: encarceramento é raro

Encerramento espontâneo (95%) até aos 3 anos

Indicação cirúrgica se persistência > 3 anos (~ 4 A)



Granuloma Umbilical



Tecido de granulação na base do umbigo

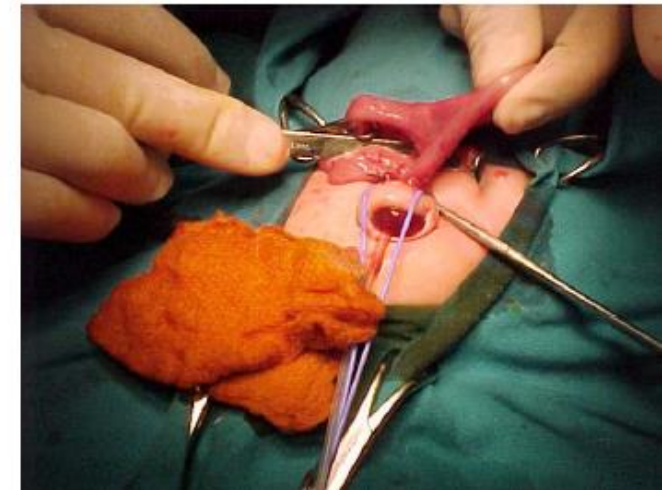
Persistência após queda do cordão umbilical

Tratamento com nitrato de prata ou laqueação da base

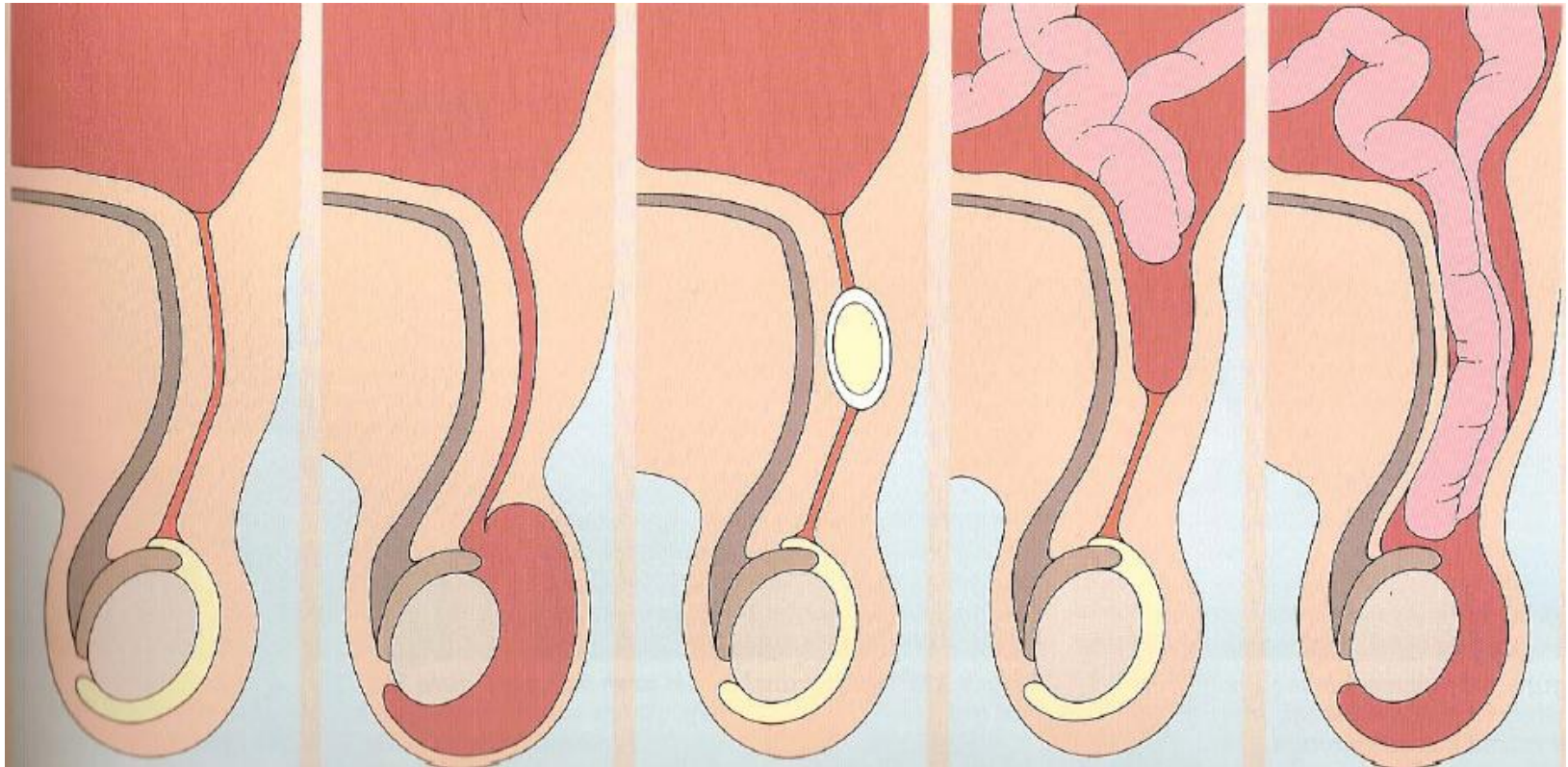
Se manutenção da drenagem ou do tecido de granulação, pensar em:

- Canal onfalomesentérico (fezes)

- Persistência do úraco (urina)



Patologia do Canal Inguinal



Hérnia Inguinal



Cirurgia em 2,5% das crianças / 30% surgem no 1º ano

5 a 10 ♂: 1♀ / 30% em prematuros e RN de baixo peso

Lateralidade: 60% direita / 25-30% esquerda / 10-15% bilateral

O diagnóstico é clínico:

- Visualização de tumefação redutível inguinal ou inguino-escrotal

- Aumento/aparecimento com manobra de Valsalva

- Ritmo intermitente

- Palpação de espessamento inguinal

Não está indicada ecografia de rotina



Hérnia Inguinal



Indicação cirúrgica logo após o diagnóstico

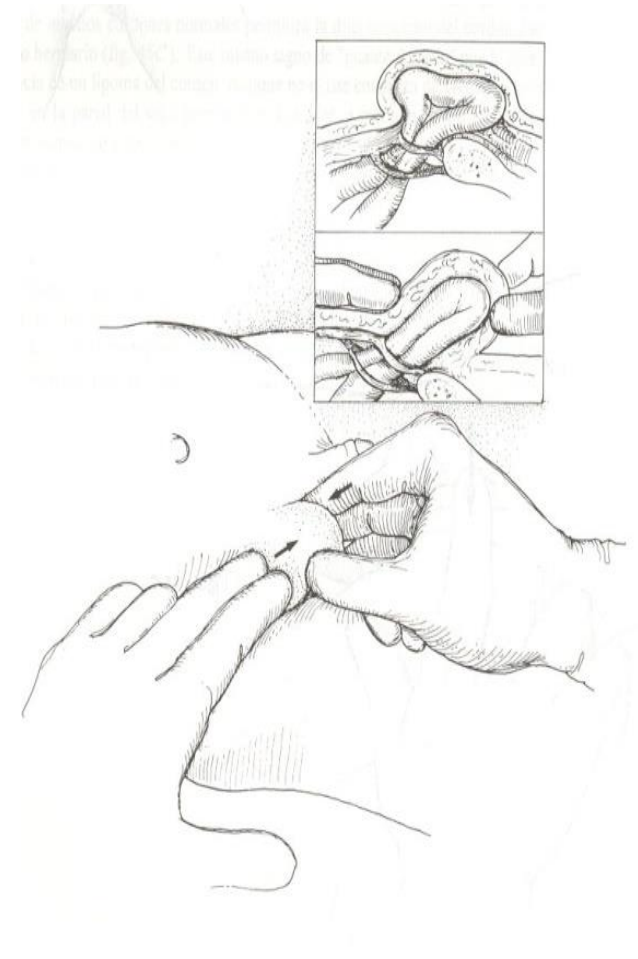
A cirurgia deve ser precoce face ao risco de encarceramento e, consequente, aumento da taxa de complicações

Perante uma hérnia inguinal e o seu possível encarceramento é fundamental:

- Informação aos pais

- Redução precoce

- Referenciação à cirurgia pediátrica



Hidrocelo



Persistência do canal peritoneo-vaginal

O diagnóstico é clínico:

- Acumulação de líquido

- Ritmo circadiano

- Manobra de transiluminação

Evolução natural para resolução (maioria no 1º ano de vida)

Indicação cirúrgica se persiste após os 3 anos



Quisto do cordão



Resulta do encerramento normal do 1/3 inferior do canal peritoneo-vaginal e não do 1/3 superior, onde se formam pequenos canalículos, que comunicam com o 1/3 médio do canal

Tumefação lisa, ovóide, de consistência duro-elástica

Evolução natural para a resolução

Cirurgia muito rara



Bolsa Escrotal Vazia



Testículo mal descido (TMD)

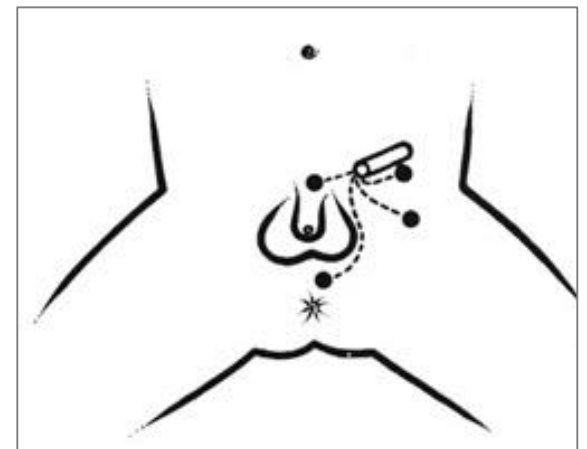
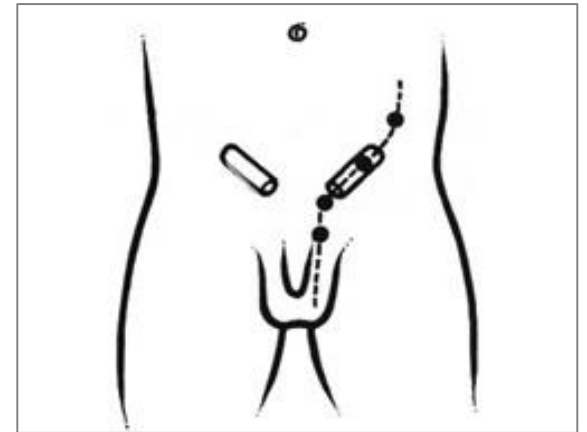
Testículo retrátil (em yo-yo)

Ectopia testicular

Anorquidia

O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na palpação

Ecografia se não se palpar testículo ou cordão



TMD



Anomalia congénita mais frequente dos genitais masculinos

Incidência 1/5000 / 2-5% RN termo / 15-35% prematuros e ACIU

Mais frequente à direita / bilateral em 10% dos casos

Elevada % resolução nos primeiros 6 meses / 0,7 a 1% ao ano de idade

O diagnóstico é primordialmente clínico

Se testículo palpável – cirurgia entre os 9 - 15 meses

Se testículo não palpável – ecografia/laparoscopia



TMD



A cirurgia deve estar completa até aos 2 anos de idade, por forma a minimizar as taxas de complicações da criptorquidia não tratada:

Infertilidade: 50 - 70% no TMD unilateral e mais de 75% no TMD bilateral

Risco de malignização: 10 - 60 x superior

Hérnia inguinal associada / Torção / Trauma

Problemas psicossociais



Testículo Retrátil



Variante do normal, espermatogénese normal

O diagnóstico é clínico:

Testículo vem à bolsa quando tracionado e permanece aí algum tempo quando largado

Dimensões normais

História de que o testículo reside espontaneamente na bolsa por períodos

Na puberdade descem definitivamente ao escroto

Têm um maior risco de torção

Reavaliação pelos 6 anos

Geralmente não justifica cirurgia

Fimose



Incapacidade de retrain o prepúcio para expôr a glânde

Maioria fisiológica, resolução espontânea com a idade
(90% até aos 5 – 6 anos)

Patológica se:

Persiste

Cicatricial como resultado da manipulação excessiva
e precoce do prepúcio: contra-indicada retração
precoce do prepúcio

Tratamento médico após os 6 – 7 anos

Cirurgia se não resolução



Fimose



Não confundir com aderências balano-prepuciais:

Aderências entre o prepúcio e glândula, sem anel estenótico

Resolvem espontaneamente

Desaconselhado descolamento forçado

Não confundir com parafimose:

Resultante da retração prolongada do prepúcio, com anel estenótico na base da glândula, seguido de edema e consequente compromisso vascular

Tratamento emergente – redução manual / cirurgia



Quisto de Esmegma



Quisto resultante da acumulação de produtos de descamação de células epiteliais

Mais frequente em crianças com fimose

A acumulação de esmegma, associada a ereções intermitentes, favorece a retração prepucial

Sem indicação cirúrgica, nem necessidade de qualquer tratamento



Coalescência dos Pequenos Lábios



Adesão dos pequenos lábios por sinéquias vulvares avasculares

Fisiológico ~ fimose (até aos 5 – 6 anos)

Tratamento

Creme de estrogénio 2 id, 15 dias

Lise de aderências ? Recidiva ?



Quisto Dermóide e Epidermóide

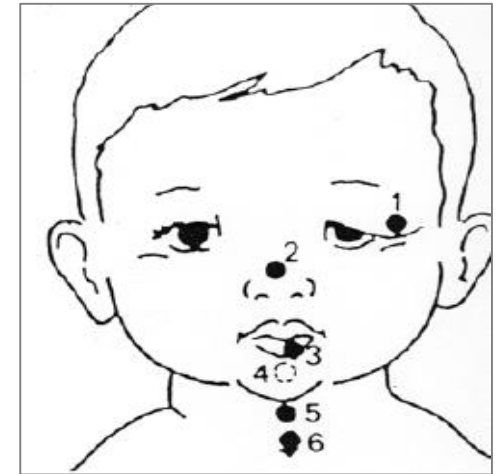


Ocorrem mais frequentemente nas regiões de fusão embriológica, por invaginação de elementos da ectoderme

Mais frequente é o quisto da cauda da sobrancelha

Os quistos da linha média têm maior probabilidade de fistulização

Tratamento cirúrgico – após o diagnóstico



Quisto do Canal Tireoglosso



Resulta de um defeito no encerramento do canal do tireoglosso

Maioria (> 60%) surge até aos 5 anos

Clinicamente

- Lesão quística mediana (mais raramente fístula)

- Adjacente ao osso hióide

- Móvel com a deglutição e protusão lingual

Os principais diagnósticos diferenciais são a adenopatia e o quisto dermóide

Ecografia cervical com tiróide

Tratamento cirúrgico – após o diagnóstico

- Risco de infeção e fistulização – maior taxa de complicações



Rânula



Quisto resultante de obstrução parcial de um ducto salivar sub-lingual

Localizado no pavimento da cavidade oral

Com flutuações de tamanho

Tratamento cirúrgico aquando do diagnóstico - marsupialização



Quisto Mucoso Labial



Pequeno quisto de retenção (3-6mm)

Localizado normalmente no lábio inferior

Pode derivar de qualquer glândula salivar minor

Resolução espontânea nalguns casos

Indicação cirúrgica – quistectomia - se persistência ou aumento significativo



Freio Curto da Cavidade Oral



Freio curto da língua – anquiloglossia

Cirurgia – secção - se existe bifidez da língua ou esta não ultrapassa a arcada dentária



Freio curto do lábio superior

A secção / plastia apenas está indicada após dentição definitiva



Fibrocondroma Pré-auricular



Apêndices cilíndricos de cartilagem ectópica revestida por epiderme normal, ao nível e à frente do tragus

Não comunicam com o canal auditivo

Não são de origem branquial

Tratamento cirúrgico – excisão (motivos estéticos)



Fístula Pré-auricular



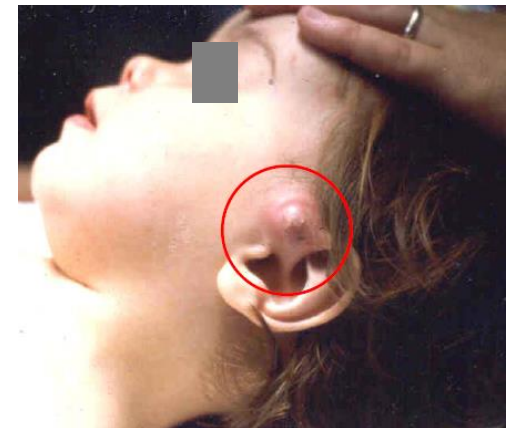
Não relacionadas com fendas branquiais, representam desenvolvimento aberrante dos tubérculos auditivos

Localizados anteriormente ao tragus, possuem um trajecto profundo até à cartilagem do canal auditivo externo

Geralmente assintomáticas

O tratamento cirúrgico está indicado, em especial se existe drenagem, face ao maior risco de infeção

Se infeção – antibioterapia e cirurgia eletiva



Quisto e Fístula Branquial



Formações relacionadas com reabsorção incompleta de estruturas embrionárias

Localizadas normalmente ao longo do músculo esternocleidomastóideu

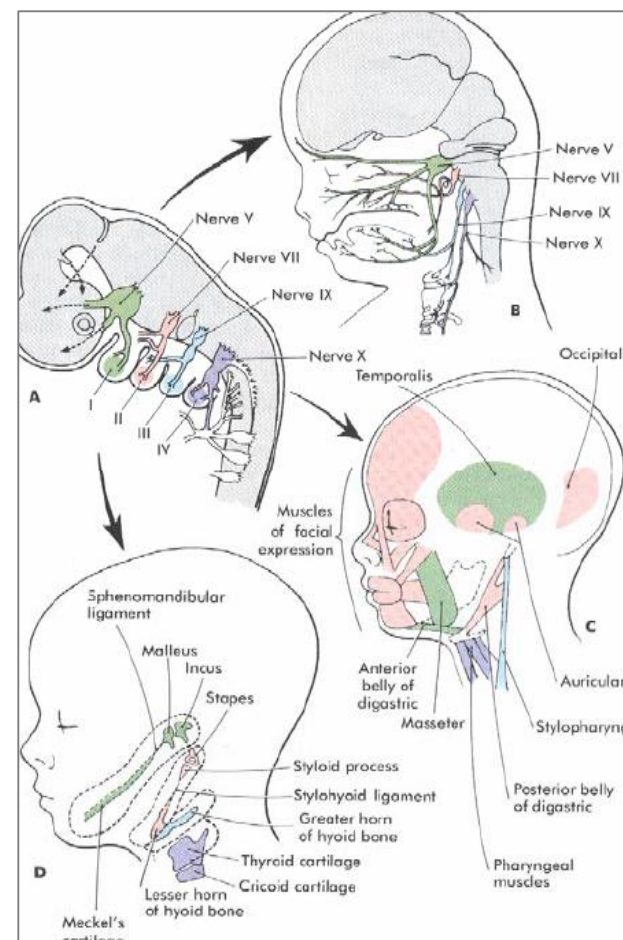
As anomalias dos 2º arco/fenda são as mais frequentes – 75%

Clinicamente

Fístula – drenagem intermitente de líquido filóide, transparente

Quisto – tumefação cervical de aparecimento mais tardio

Tratamento cirúrgico aquando do diagnóstico



Orelhas Descoladas

Hellix Valgus

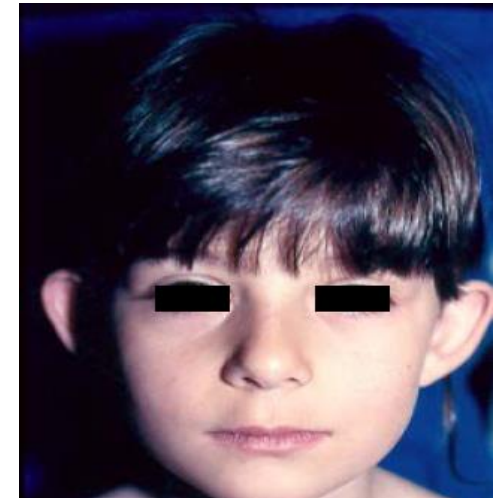
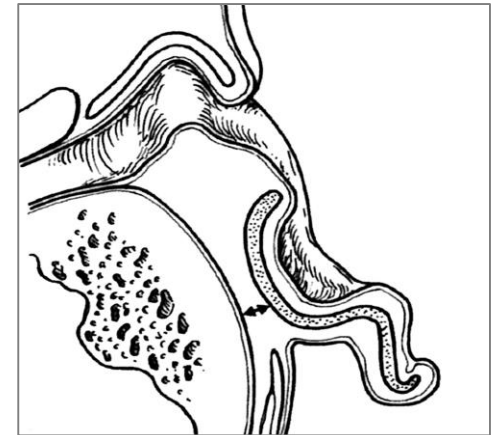


Pavilhões auriculares proeminentes e anormalmente grandes

Distância normal entre a cabeça e o pavilhão auricular é de 2 cm (ou < 25)

Tratamento cirúrgico – otoplastia

Idade de referenciação pelos 5 – 6 anos



Fenda Lábio-palatina



Alteração do desenvolvimento orofacial pelas 6ª - 12ª S de gestação

Incidência 1/700

Mais frequente a fenda lábio-palatina 46% / fenda palato isolada 33% / fenda labial isolada 21% / Unilateral : bilateral – 9 : 1

Aconselhamento aos pais

Tratamento cirúrgico – lábio 3 meses / palato 12 meses

Follow-up prolongado e multidisciplinar



Indicações e Idades Cirúrgicas



Hérnia da linha branca

Hérnia umbilical

Granuloma umbilical

Hérnia inguinal

Hidrocelo

Quisto do cordão

Testículo mal descido (TMD)

Testículo retrátil

Fimose

Quisto de esmegma

Coalescência dos pequenos lábios

Quisto epidermóide/dermóide

Quisto do canal tireoglossso

Rânula

Quisto mucoso labial

Freios curtos cavidade oral

Fibroncodroma pré-auricular

Fístula pré-auricular

Quisto e fístula branquial

Fenda lábio – palatina

Orelhas descoladas

No diagnóstico

3 anos

Tratamento médico

No diagnóstico

3 anos

Raramente cirurgia

6 meses

6 anos

6 – 7 anos

Sem indicação cirúrgica

Tratamento médico – 5 anos

No diagnóstico

No diagnóstico

No diagnóstico

No diagnóstico

No diagnóstico / Após dentição definitiva

No diagnóstico / Estético

No diagnóstico

No diagnóstico

Lábio – 3 meses / Palato – 12 meses

5 – 6 anos

Questões



Obrigada