

IMPRESA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

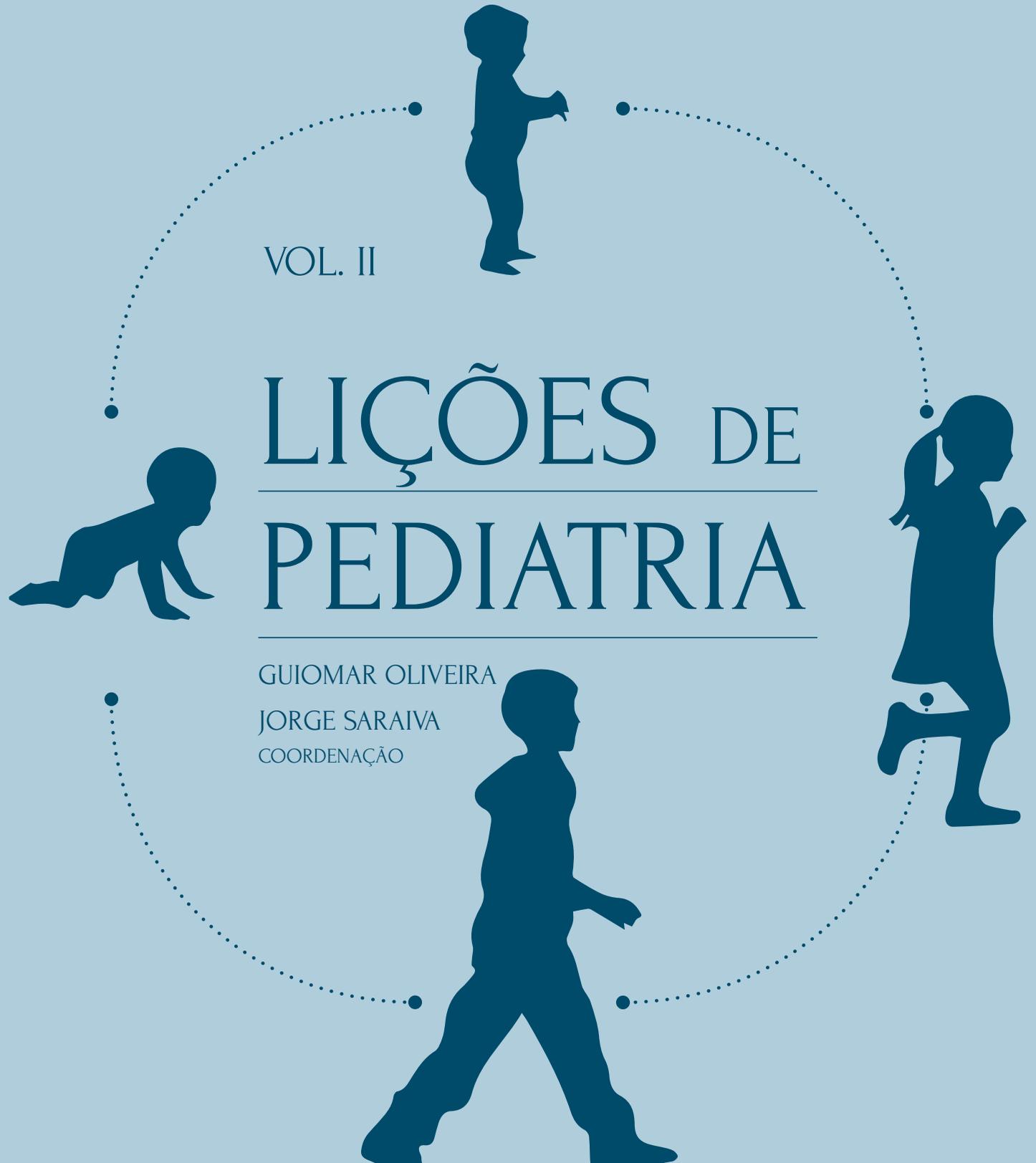
VOL. II

LIÇÕES DE PEDIATRIA

GUIOMAR OLIVEIRA

JORGE SARAIVA

COORDENAÇÃO



**Capítulo 26.
Patologia frequente em
cirurgia de ambulatório**

26

Maria Francelina Lopes

DOI: https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_26

26.1 DESCRIÇÃO DO TEMA

26.1.1 Hérnias em idade pediátrica

Em idade pediátrica as localizações mais frequentes de hérnias da parede abdominal são a região inguinal, umbilical e linha branca.

A **hérnia da linha branca ou epigástrica** é a menos frequente das hérnias da parede abdominal. Manifesta-se como pequena tumefação supra umbilical localizada a qualquer nível da linha branca. O seu conteúdo habitual é uma franja de *epíploon* que pode ficar aprisionado num defeito congénito da linha branca e originar desconforto. Não cura espontaneamente e tem indicação cirúrgica eletiva para herniorrafia sob anestesia geral. Não deve ser confundida com a diástase dos retos, uma situação de abaulamento global da linha branca supra umbilical, causada pelo afastamento dos músculos retos abdominais e que evolui espontaneamente para a cura com o crescimento.

A **hérnia umbilical** é frequente no recém-nascido. É mais frequente na raça negra relativamente à caucasiana (90% *versus* 10%). Na maioria das crianças (95% dos casos) encerra espontaneamente até aos três anos de idade. Geralmente a hérnia umbilical é assintomática, requerendo apenas observação. O encarceramento é excepcional. Em caso de persistência do orifício herniário, a herniorrafia eletiva está indicada entre os quatro e os cinco anos de idade.

A **hérnia inguinal** é a principal causa de cirurgia por hérnia da parede abdominal em idade pediátrica. É quase sempre de origem congénita (99% dos casos) e afeta aproximadamente 1 a 5% das crianças. É mais frequente no sexo masculino e é, habitualmente, unilateral e de localização direita

(60% dos casos), mas pode ser esquerda (30%) ou bilateral (10%). Esta patologia é diagnosticada num terço dos casos no primeiro ano de vida, com maior frequência no recém-nascido prematuro ou com baixo peso. O conteúdo habitual da hérnia no sexo masculino é uma ansa de intestino, ou raramente uma franja de *epíploon*, que se exterioriza através do "*processus vaginalis*" não obliterado, enquanto no sexo feminino é o ovário, ou uma ansa de intestino, que se exterioriza através do canal de *Nuck* patente. Os pais habitualmente relatam uma tumoração intermitente, na região inguino-escrotal no menino, ou inguino-labial na menina, que se manifesta ou aumenta de tamanho com o choro ou com o esforço. A hérnia não encarcerada geralmente causa apenas desconforto. O encarceramento herniário é evidenciado por tumefação dura e dolorosa à palpação na região inguinal acompanhada ou não de sintomas de obstrução intestinal. O diagnóstico é clínico, feito com base no relato dos pais e na palpação de um espessamento inguinal ou de uma tumefação com as localizações já mencionadas. Os principais diagnósticos diferenciais no sexo masculino incluem o hidrocelo, o quisto do cordão e o varicocele, enquanto no sexo feminino inclui o quisto de canal de *Nuck*. A hérnia inguinal requer tratamento cirúrgico. Na ausência de complicações, a correção cirúrgica (herniotomia ou herniorrafia) é eletiva e atempada para prevenir o desenvolvimento de complicações que podem ter consequências graves, tais como o encarceramento e o estrangulamento.

26.1.2 Hidrocelo

No **hidrocelo** ou no quisto do cordão há acumulação de líquido peritoneal na bolsa escrotal

ou em quisto inguino-escrotal ao longo de "*processus vaginalis*" patente em criança do sexo masculino. O hidrocelo uni ou bilateral é muito frequente nos recém-nascidos e habitualmente evolui para a resolução espontânea durante os primeiros seis meses de vida ou até aos três anos de idade. O diagnóstico é clínico, não sendo necessários exames complementares de diagnóstico. Habitualmente há aumento do volume da bolsa escrotal ao longo do dia, sendo esta mais visível ao final do dia. O principal diagnóstico diferencial é a hérnia inguino-escrotal, sendo que a transiluminação permite, habitualmente, o diagnóstico de hidrocelo. A cirurgia eletiva (laqueação e seção alta do "*processus vaginalis*") apenas está indicada se a patologia persistir após os três anos de idade.

O quisto do canal de Nuck ocorre no sexo feminino e equivale ao quisto do cordão no sexo masculino. A tumoração palpável na região inguinal é habitualmente móvel e indolor e o tratamento cirúrgico (laqueação e seção alta do canal de "*Nuck*") é realizado eletivamente após os três anos de idade se a patologia persistir.

26.1.3 Bolsa escrotal vazia

A **bolsa escrotal vazia** é um problema frequente em pediatria que habitualmente corresponde a uma das seguintes entidades: testículo não descido (denominado na cirurgia pediátrica portuguesa por testículo maldescido) ou testículo retrátil. O diagnóstico diferencial entre as duas situações faz-se pela história clínica e pela palpação da região inguino-escrotal, sendo da maior importância a sua distinção, uma vez que o testículo maldescido (TMD) é uma situação patológica que requer tratamento cirúrgico e o

testículo retrátil é uma situação fisiológica temporária em que habitualmente não está indicada a intervenção cirúrgica.

A normal descida do testículo da sua posição retroperitoneal para a bolsa escrotal começa na vida fetal. A prevalência de bolsa escrotal vazia é especialmente alta (30%) no recém-nascido prematuro. Aproximadamente 3% dos recém-nascidos de termo apresenta bolsa escrotal vazia, diminuindo para 1% aos seis meses de idade e mantendo a mesma prevalência após o primeiro ano de vida.

O TMD é, com maior frequência, unilateral e localizado à direita, mas em aproximadamente 10% dos casos é bilateral. A avaliação em consulta de cirurgia pediátrica inicia-se pelos seis meses de idade. O diagnóstico baseia-se na história clínica e na palpação inguino-escrotal, não estando indicada a realização de ecografia antes da primeira observação pela cirurgia pediátrica. Dos TMD, habitualmente em 80% dos casos palpa-se testículo no canal inguinal e em 20% dos casos este não se palpa. Na criança com testículo palpável no canal inguinal faz-se o diagnóstico de TMD se não se conseguir tracionar o testículo para a bolsa ou se, uma vez tracionado até a bolsa, o testículo subir para o canal inguinal logo que largado. Nas crianças com testículo não palpável este pode ser atrófico, não existir (agenesia) ou ter localização intra-abdominal, estando então indicada a ecografia abdominal e escrotal para o seu diagnóstico.

O tratamento do TMD é cirúrgico. A operação está indicada entre o primeiro e o segundo ano de vida. Consiste na orquidopexia (reposicionamento cirúrgico do testículo na bolsa escrotal, habitualmente por via inguinal) ou na orquidectomia de um testículo atrófico.

Nas situações de localização testicular intra-abdominal, ou não identificação do testículo, está indicada laparoscopia para diagnóstico e tratamento. Na orquidopexia realiza-se a laqueação e seção do "*processus vaginalis*" quase sempre patente (90% dos casos) e o testículo é fixado à bolsa escrotal com pontos de sutura reabsorvíveis. A orquidopexia pode reduzir, mas não previne, complicações potenciais a longo prazo, como a infertilidade e a neoplasia maligna do testículo. A orquidopexia facilita a vigilância de malignização testicular ao permitir a palpação testicular. O risco de malignidade do testículo (seminoma) é quarenta vezes mais elevado nos homens com antecedentes de TMD em comparação com a população masculina sem TMD, justificando-se vigilância pós-operatória a longo prazo.

A distinção entre TMD palpável na região inguinal e o testículo retrátil (variante do normal, sem indicação cirúrgica) faz-se pelos seguintes critérios de diagnóstico: 1) o testículo vem à bolsa quando tracionado e aí permanece por algum tempo quando largado; 2) o testículo tem dimensões normais; 3) há história de que o testículo reside espontaneamente na bolsa por períodos. Na maioria dos casos de testículo retrátil a situação evolui para a cura espontânea até à adolescência. Nos raros casos em que o testículo retrátil evolui para TMD está indicada a orquidopexia, justificando-se vigilância a longo prazo.

26.1.4 Fimose

Na **fimose** há um aperto do prepúcio que impede a sua retração e impossibilita a exposição completa da glande. A fimose é habitualmente fisiológica nos primeiros anos de vida, por fusão

normal do prepúcio à glande. A resolução espontânea da fimose fisiológica ocorre em 89% dos casos nos primeiros três anos de idade e em 95% a 99% nos primeiros 16 anos. A indicação para tratamento com corticosteroide tópico pode colocar-se a partir dos três anos de idade se existirem manifestações de balanites de repetição (pelo menos dois episódios). Nestas, a massagem do prepúcio com um creme (ou pomada) de betametasona a 0,5mg/g, aplicada duas vezes por dia durante quatro a seis semanas, e a manutenção de fisioterapia no banho após paragem do fármaco resolve 95% das situações. Por vezes os pais referem, além da impossibilidade de retrair o prepúcio, a formação de um balão durante a micção, o que é normal. Nos casos de fimose fisiológica assintomática a criança deverá ser referenciada a partir dos oito anos de idade para a consulta de cirurgia pediátrica. A avaliação nesta consulta poderá indicar, em primeira fase, a corticoterapia tópica; se persistir fimose, a intervenção cirúrgica (circuncisão ou prepucioplastia) será indicada na maioria dos casos até aos doze anos de idade.

A fimose patológica (cicatricial) caracteriza-se pela existência de sinais de cicatrização no orifício prepucial. Esta é, na maioria das vezes, pós-traumática, provocada pelo ferimento do prepúcio após a sua retração forçada, mas pode ser consequência de situações clínicas inflamatórias, como por exemplo seguindo-se a balanites de repetição ou por balanite xerótica obliterante. A fimose cicatricial tem indicação cirúrgica (circuncisão ou prepucioplastia) independentemente da idade.

O principal diagnóstico diferencial com a fimose fisiológica é a existência de aderências balanoprepuciais. Neste caso estas desaparecem

espontaneamente ao longo dos primeiros anos de vida não havendo indicação para a sua lise.

A **fimose** não deve ser confundida com a **parafimose**, situação em que o encarceramento da glândula em prepúcio retraído necessita de tratamento urgente, procedendo-se à manipulação prepucial e seu reposicionamento normal sobre a glândula.

A intervenção cirúrgica das patologias supracitadas em crianças saudáveis, excetuando os recém-nascidos é normalmente realizada em regime de cirurgia de ambulatório, isto é, com internamento de duração reduzida, inferior a 24 horas. Habitualmente não é requerida avaliação laboratorial ou de outros exames no pré-operatório. Quando verificada a ausência de critérios de exclusão a criança é admitida no hospital, no dia marcado para a operação, com um jejum de seis horas. Após observação conjunta pelo anestesista, cirurgião e enfermeira é realizada a cirurgia, em regra sob anestesia geral. A alta para o domicílio

ocorre poucas horas depois, após completa recuperação anestésica e após tolerância de ingestão de alimentos. O controle pós-operatório é realizado na consulta de cirurgia pediátrica entre uma a três semanas após a cirurgia.

26.2 FACTOS A RETER

Na consulta de cirurgia pediátrica de ambulatório as patologias mais frequentes incluem fimose, hérnias da parede abdominal, nomeadamente hérnia inguinal indireta e hérnia umbilical, hidrocelo e escroto vazio. Porém, as indicações cirúrgicas mais frequentes incluem a hérnia inguinal e o testículo maldescido, uma vez que a hérnia umbilical, a fimose, o hidrocelo e o testículo retrátil evoluem frequentemente para resolução espontânea. As crianças saudáveis são boas candidatas para a intervenção cirúrgica em regime de ambulatório, sem pernoita habitual no hospital.