

AFEÇÕES CIRÚRGICAS MAIS FREQUENTES NA INFÂNCIA

José Roberto de Souza Baratella

Neste capítulo serão enfocadas as doenças cirúrgicas com as quais o pediatra mais comumente se depara na prática ambulatorial, procurando ressaltar aspectos diagnósticos e propor orientações de conduta.

Afecções Cervicais

1. Cisto tireoglossso (CT)

A tireoide nasce na base da língua e migra pela linha média cervical até sua posição na região anteroinferior do pescoço. Nesse percurso, pode deixar restos teciduais que, se desenvolvendo, vão dar origem aos CT. São, portanto, malformações da linha média, caracteristicamente móveis à deglutição e que aparecem, em geral, até os 5 anos de idade. Tem indicação cirúrgica assim realizado o diagnóstico, porque com frequência se infectam. Entretanto, é conveniente solicitar ultrassom de região cervical para se confirmar a existência de glândula tiroide, antes de qualquer definição cirúrgica, já que o CT pode ser, na realidade, o único tecido tireoidiano funcionante da criança, o que torna sua ressecção questionável. São descritas recidivas, geralmente associadas à cirurgia não completa (sem a ressecção da porção média do osso hióide).

2. Anomalias branquiais

São malformações que aparecem lateralmente na região cervical. Podem ser identificadas já no recém-nascido por pequenos orifícios na projeção da borda anterior do músculo esternocleidomastoideo (fístulas de 2º arco branquial), que drenam muco; em crianças maiores, pré-adolescentes, são mais frequentes os cisto branquiais. Todas essas malformações devem ser operadas, idealmente antes que se infectem, o que tornaria a cura cirúrgica menos provável. Existem descritas também anomalias do 1º, 3º e 4º arcos branquiais, que exigem cirurgias mais elaboradas para sua cura.

3. Torcicolo congênito

Consequente à fibrose ou ao aparecimento de tumor na espessura do músculo esternocleidomastoideo, que condicionam encurtamento e paralisia do músculo. A criança flete a cabeça para o lado da lesão e olha para o lado oposto, mantendo-se em posição viciosa que, se não corrigida, leva a hipoplasia de hemiface, assimetria de calota craniana (plagiocefalia) e escoliose. A conduta é inicialmente clínica, com medidas fisioterápicas. Se não houver melhora, deve-se operar entre os 6 e os 12 meses. Após essa última idade as lesões tendem a se tornar mais permanentes.

Afecções da parede abdominal e da região inguinoescrotal

1. Hérnia epigástrica

Consequente a pequeno defeito na linha alba, entre o apêndice xifoide e o umbigo, através do qual se insinua porção de gordura pré-peritoneal. Geralmente é assintomático; entretanto, como não apresenta cura espontânea, a conduta é cirúrgica.

2. Hérnia umbilical

A hérnia umbilical (HU) é a mais corriqueira de uma série de malformações que podem aparecer nessa região, fruto da enorme importância que esse local possui durante as primeiras 10 semanas do desenvolvimento embrionário. Afeta igualmente meninos e meninas e é mais comum na raça negra. A HU tende a fechar espontaneamente com mais frequência nos primeiros 2 a 3 anos de vida da criança, mas essa tendência pode permanecer até os 10 anos. A conduta mais acadêmica é indicar-se cirurgia após os 3 anos; hérnias grandes, com anel herniário maior que 1,5 cm, entretanto, têm menor chance estatística de fechamento espontâneo, pelo que a cirurgia precoce é bem aceita. Nos dias que correm, entretanto, as preocupações estéticas dos pais podem influenciar o psiquismo da criança e levar pressões exageradas ao binômio pediatra-cirurgião pediátrico, determinando avaliação acurada da indicação cirúrgica em tais casos.

3. Hérnia inguinal (HI)

A HI deriva da não reabsorção completa do conduto peritônio-vaginal (CPV), evaginação peritoneal que chega ao escroto e que tende a obliterar-se após a descida testicular (a partir do 7º mês de vida intrauterina). Aparece entre 2,5 e 4,5% dos recém-nascidos vivos, é mais comum em meninos (cerca de 6:1) e é mais frequente à direita (60%), embora até 20% das crianças tenha HI bilateral. O diagnóstico é realizado mais frequentemente no lactente, pela observação de tumor inguinal aos esforços, que é redutível com o repouso da criança e a diminuição da pressão intra-abdominal. Em casos em que o pediatra não consiga visualizar a hérnia, mesmo após o choro (ou manobra de Valsava, em crianças maiores), deve-se palpar a espessura do cordão espermático do lado referido como sendo o da hérnia e compará-lo com o do lado oposto; caso esteja mais espesso, o diagnóstico é firmado. Em caso de dúvida, é permitido um tempo maior de observação pelos pais (inclusive com documentação fotográfica) e retorno aos médicos em 1 a 2 semanas; o ultrassom tem sido descrito como meio imagiológico de grande acurácia no diagnóstico da HI, mas seu uso nos parece completamente dispensável frente a exame clínico cuidadoso. A ocorrência de casos familiares é frequente. A conduta é sempre cirúrgica, ao momento do diagnóstico, em virtude da

frequência com que se dá o encarceramento herniário (alça intestinal ou ovário) e que é máxima no lactente.

Questões relacionadas à cirurgia de HI:

- Como foi dito, a cirurgia deve ser realizada sem demora; existe documentação no sentido de que retardos de 30 dias aumentam de maneira significativa a probabilidade de encarceramento. O ideal é se operar dentro de 15 dias do diagnóstico, tempo suficiente para a realização de exames pré-operatórios (solicitam-se sempre, em cirurgias eletivas, hemograma e coagulograma) e avaliação de seus resultados.
- A cirurgia é realizada em regime ambulatorial, à exceção dos prematuros com menos de 60 semanas de idade pós-conceptual (idade gestacional + idade cronológica), os quais devem permanecer internados, preferencialmente monitorizados até o dia seguinte, em virtude do risco aumentado de apneia pós-operatória.
- Ainda que o ideal seja a cirurgia precoce, alguns grupos de crianças serão exceção a essa regra:
 - Prematuros, que devem ser operados na véspera da alta hospitalar;
 - Pacientes com cardiopatia congênita cianótica, que devem ser submetidos à cirurgia após correção da cardiopatia ou por meio de procedimento anestésico diverso do habitual (anestesia geral com intubação orotraqueal).
 - Doentes com infecção respiratória, que devem melhorar do quadro antes do procedimento cirúrgico.
- Exploração contralateral (ECL): dado que a bilateralidade da hérnia ocorre em somente 20 % dos casos, não parece razoável submeter 80% dos pacientes à exploração desnecessária do lado oposto. Acredita-se, hoje, que o melhor é expor com clareza aos pais a possibilidade de ocorrência de hérnia contralateral no futuro e deixar a eles a opção pela ECL ou não.

4. Hidroceles

As hidroceles congênitas são, como a hérnias inguinais, derivadas de algum distúrbio no processo de desaparecimento do CPV.

São de dois tipos: comunicantes e não comunicantes. Estas últimas são oriundas, provavelmente, da entrada de maior quantidade de líquido peritoneal na túnica vaginal, antes do fechamento do CPV; ocorrem com frequência no RN e não apresentam variação de volume. A conduta é conservadora, já que desaparecem espontaneamente até 1 ano de idade.

Já as hidroceles comunicantes, fruto da permanência do CPV com calibre filiforme que permite a passagem de líquido peritoneal (mas não a de alça intestinal) até a túnica vaginal, aparecem após o nascimento e caracteristicamente exibem variação de volume: geralmente estão vazias pela

manhã e volumosas à tarde. Como esta comunicação (CPV aberto) não resolve espontaneamente, a conduta é cirúrgica.

5. Distopias Testiculares (DT)

O selo propedêutico das DT é a hemibolsa testicular vazia (ou o escroto inteiro, no caso de afecção bilateral). As DT são classificadas em 4 tipos, além dos casos de agenesia testicular:

- Ectopia testicular: os testículos ectópicos migram para posições anômalas ao nível das regiões penopubiana, femoral e perineal. São órgãos histológica e funcionalmente normais e devem ser colocados cirurgicamente na bolsa testicular (BT) por volta dos 6 meses de idade.
- Testículos retráteis: consequentes à ação hiperativa do músculo cremaster, que os mantém na posição inguinal; entretanto, sob tração realizada pelo médico, eles atingem sem dificuldade o fundo da BT. Como os anteriores, são testículos normais, cuja conduta é expectante, pois descem com o passar do tempo ao fundo da BT.
- Testículos retidos: são órgãos que permanecem em posição inguinal e que, mesmo sob tração, não chegam ao fundo da BT, embora possam ser levados a penetrar o escroto.
- Testículos criptorquídicos: são aqueles que nunca foram palpados ou observados, permanecendo em posição abdominal.

Os testículos retidos e criptorquídicos são geralmente secundários a vasos testiculares curtos, que não conseguem acompanhar as gônadas em sua migração, desde as imediações do polo inferior do rim ao escroto; nas crianças com afecção bilateral (20% dos casos) suspeita-se de deficiência de secreção de gonadotrofina coriônica (HCG) pela mãe como uma das causas determinantes do problema.

Terapeuticamente, pode-se receitar HCG em casos de bilateralidade, mas os resultados são pobres, com somente 15% de sucesso. A conduta nos unilaterais é essencialmente cirúrgica e realizada entre os 6 e 18 meses de vida. Hoje, há tendência à cirurgia precoce, já que ela evitaria a infertilidade e diminuiria o risco de malignização, eventos associados aos testículos retidos e criptorquídicos.

Vômitos/Regurgitação no Lactente

Dentre as várias afecções que provocam perdas gástricas no lactente, duas merecem destaque por sua interface cirúrgica.

1. Estenose hipertrófica congênita do piloro

Doença típica dos recém-natos e lactentes jovens do sexo masculino que começam a vomitar a partir da 2ª semana de vida. Os vômitos são em jato, não biliosos e provocam progressiva desnutrição no bebê. À palpação do abdome, nota-se o tumor pilórico, semelhante a uma azeitona (daí o nome oliva

pilórica) palpável no hipocôndrio D. A confirmação diagnóstica, caso necessário, é realizada pelo ultrassom de abdome. A conduta é cirúrgica, após correção do eventual desequilíbrio hidroeletrólítico e ácido básico (desidratação com alcalose hiperclorêmica e hipocalêmica).

2. Doença do refluxo gastroesofágico

O refluxo gastroesofágico (RGE) é situação bastante comum no lactente, que deve ser observada/tratada clinicamente e que geralmente desaparece até o 2º ano de vida. Em algumas situações, entretanto, a cirurgia deve ser considerada, como:

- existência de episódios de apneia ou de pneumonias de repetição;
- aparecimento de complicações associadas (esofagite de Barrett; estenose esofágica);
- persistência do refluxo após os 2 anos de idade;
- RGE associado a determinadas situações (hérnia de hiato, neuropatia, pós-operatório de correção de atresia de esôfago).

Os exames que devem ser solicitados antes da decisão cirúrgica são:

- RX contrastado de esôfago, estômago e duodeno, para avaliação da presença de anomalia anatômica concomitante (hérnia de hiato);
- pHmetria esofágica, que segue sendo o padrão ouro para a identificação de RGE patológico;
- endoscopia digestiva alta, com biópsias esofágicas, para identificação do grau de esofagite.

Prisão de Ventre na Infância

A grande maioria das crianças que apresenta dificuldade para evacuar tem como causa algum erro alimentar, corrigível na maioria das vezes sem grande dificuldade por medidas dietéticas. Um grupo de pacientes, entretanto, possui uma causa orgânica para explicar a retenção de fezes: é o caso dos portadores de megacolo congênito (MC).

Crianças com megacolo congênito (doença de Hirschsprung) apresentam história típica de retardo da eliminação meconial (após 24 h de vida), distensão abdominal e eliminação explosiva de gases e fezes após toque retal. A prisão de ventre é crescente, e a desnutrição, progressiva, o que torna a distensão abdominal mais proeminente, até se observar o relevo das alças intestinais dilatadas. Para o diagnóstico colabora, inicialmente, o encontro no enema opaco, do cone de transição entre a zona do megacolo (proximal) e o segmento aganglionar (distal), geralmente na altura do retossigmoide. O outro exame importante é a manometria anorretal que, nos casos de MC, mostra ausência de abertura do esfíncter interno do reto quando da insuflação de um balão retal, que mimetiza a chegada de fezes naquele segmento intestinal.

A certeza diagnóstica, entretanto, é realizada pela biópsia da parede total do reto, que mostra a ausência de gânglios no plexo mioentérico de Auerbach. Alternativamente, pode-se lançar mão de biópsia de sucção, que é menos invasiva que a anterior, mas que necessita de processamento mais complexo do material obtido.

Uma vez confirmado o diagnóstico de MC, o tratamento é cirúrgico. A longo prazo, os pacientes operados adequadamente costumam ter boa qualidade de vida.

Bibliografia

1. BARATELLA, JRS; BAHIA SAPUCAIA, JR. **Apendicite aguda**. In: Lopez FA e Campos Jr D. Tratado de Pediatria, 2ª ed. Barueri, Manole; 2010. p. 2759-62.
2. BICA D; BRAZ MP. **Distopia testicular**. In: Carnevale J, Miranda EG, Silveira AE, Tibúrcio MA. Tratado de Urologia Pediátrica, São Paulo, Sparta; 2013. p. 412-23.
3. GLICK PC; BOULANGER SC. **Inguinal hernias and hydroceles**. In: Coran AG, Adzick NS, Krummer TM, Laberge JM, Shamberger RC e Caldamne AA. Pediatric Surgery, 7ª ed. Philadelphia, Elsevier; 2012. p. 985–1001.
4. KETZER de SOUZA JC. **Malformações do sistema neuroentérico**. In: Ketzer de Souza JC e Salle JLP. Cirurgia Pediátrica. Teoria e Prática. São Paulo, Roca; 2008. p. 421-43.
5. TIBÚRCIO MA; ALMEIDA MF. **Idades mais adequadas para procedimentos cirúrgicos eletivos: o que o pediatra deve saber**. In: LOPEZ FA, CAMPOS Jr D. Tratado de Pediatria, 2ª ed. Barueri: Manole, 2010. p. 2831-47.
6. TRIGUEIRO W. **Patologias da região umbilical/hérnia epigástrica**. In: Trigueiro W. Cirurgia Pediátrica. Manual Prático. João Pessoa, Grafique; 2010. p. 139-53.
7. WEBER TR. **Umbilical and other abdominal wall hernias**. In: Holcomb III GW e Murphy JP. Ascraft's Pediatric Surgery, 5ª ed. Philadelphia, Saunders; 2010. p. 6637-40.