

CIRURGIA AMBULATORIAL NO RN E LACTENTE

Marco Daiha

Definição de Cirurgia Ambulatorial:

- ⦿ “_É a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral ou local, que, embora habitualmente efetuada em regime de internação, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as normas de regulamentação, com admissão e alta do paciente no mesmo dia.”

Objetivo:

Informar aos pediatras e demais médicos e profissionais de saúde as indicações mais freqüentes em cirurgia pediátrica para procedimentos em regime ambulatorial e suas particularidades e atualizações.



Cirurgia Ambulatorial: Por quê ???

- ⦿ Menor tempo de internação
- ⦿ Menor risco de infecção nosocomial
- ⦿ Menos despesas hospitalares
- ⦿ Menos stress pós cirúrgico para a criança
- ⦿ Maior satisfação para pais e familiares

Pré -operatório:

- ⦿ Hemograma /Coagulograma
- ⦿ Avaliação e liberação pelo pediatra assistente
- ⦿ Avaliação especializada em casos de doenças cardíacas, pulmonares e neurológicas e contra indicação para o regime ambulatorial na confirmação dessas patologias
- ⦿ Jejum de 4h para lactentes e ao menos 3h para RN associado a HV com soro glicosado
- ⦿ Livre acesso entre os pais, o cirurgião e o anestesista

Local para a cirurgia

- O ambiente cirúrgico
- Presença de equipamentos de segurança
- Colchão térmico
- Bomba de Infusão
- Foco cirúrgico adequado
- Carrinho de anestesia com capacidade de ventilação assistida para RN e Lactentes
- Disponibilidade de gases anestésicos a critério do anestesista (Halotano, Servoflurano)
- Enfermagem treinada em cirurgia pediátrica
- Material cirúrgico delicado # tamanho



UTI NEONATAL e PEDIÁTRICA:

- A retaguarda das UTI's Neo e pediátricas é imprescindível nos dias de hoje para realizar tais cirurgias, mesmo as mais simples, desde que o paciente seja submetido a procedimento anestésico para tal.

Recomendação da Sociedade Brasileira de Anestesiologia

- ⦿ *" Indicações estritas para transferência para CTI são instabilidade hemodinâmica e suporte respiratório mecânico. Outras indicações..... bebês ex-prematuros sob o risco de apnéia.....o risco de apnéia no bebê previamente prematuro, não anêmico, e que não tenha apresentado apnéia na sala de recuperação anestésica, tem sido demonstrado por Cote et al, numa meta-análise, como não sendo menor que 1%, caso o mesmo tenha até 56 semanas de idade pós-concepção, com uma idade gestacional de 32 semanas. Nem a técnica anestésica (espinal X geral), nem o uso de cafeína, preveniram a ocorrência de apnéia. Desta forma os autores recomendam que esses bebês devem ser monitorizados em relação a apnéia e com oxímetro de pulso, no pernoite".

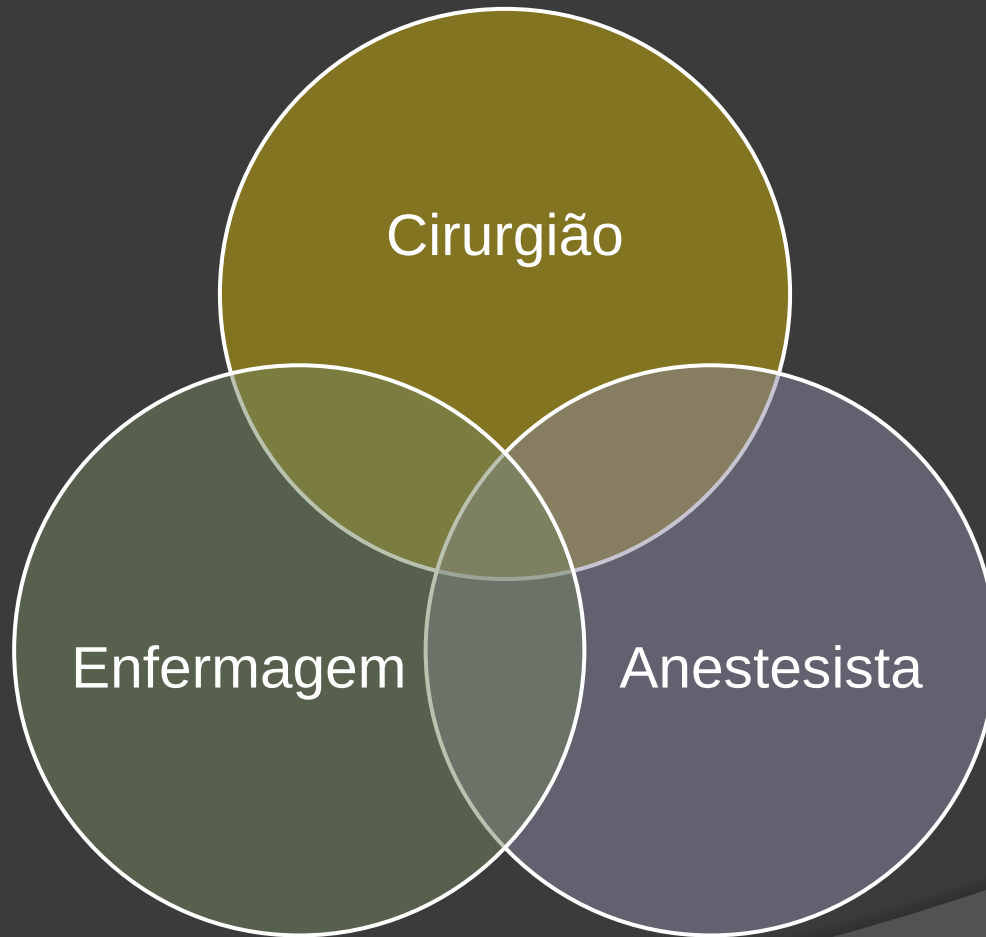
*"Pediatric Anesthesia Principles & Practice", Bruno Bissonnette / Bernard Dalens

Critérios de alta:

- ◉ Acordado e com reflexos presentes
- ◉ Aceitando dieta sem dificuldade
- ◉ Sem dor
- ◉ Ferida operatória limpa e sem complicações
- ◉ Diurese presente
- ◉ Sinais vitais normais
- ◉ Pais orientados
- ◉ Telefone à disposição



Integração : O maior beneficiado é o paciente

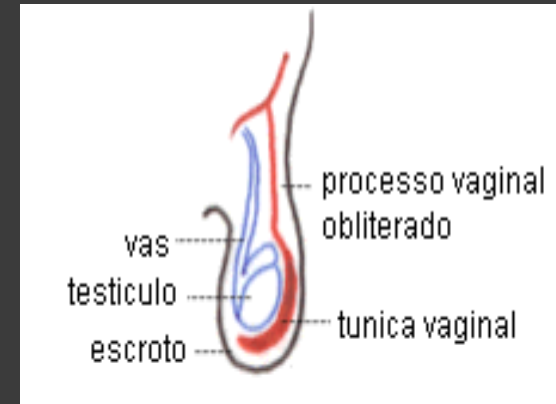
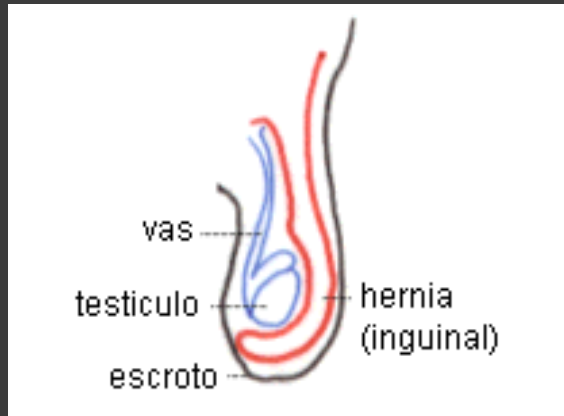


Patologias mais comumente abordadas em cirurgia ambulatorial

- ◉ Hérnia Inguinal
- ◉ Fimose
- ◉ Criptorquidia
- ◉ Granuloma Umbilical
- ◉ Infiltração de hemangiomas
- ◉ Biópsias de pele
- ◉ Fístula ano-retal
- ◉ Pólipos retais
- ◉ Hímen Imperfurado
- ◉ Polidactilia articulada
- ◉ Símus Pré-auricular
- ◉ Hipospádia -1º tempo

Hérnia Inguinal :

- “ Persistência do conducto peritoneo-vaginal”
- É a não obliteração do conducto após o nascimento



Hérnia Inguinal no RN prematuro:

Aguardar peso > 1800g

Anel Inguinal Largo = Menor risco de encarceramento

Hérnia Inguinal no RN a termo ou Lactente:

Abordagem cirúrgica tão logo se faça o diagnóstico

Maior risco de encarceramento

Aparecimento mais agudo

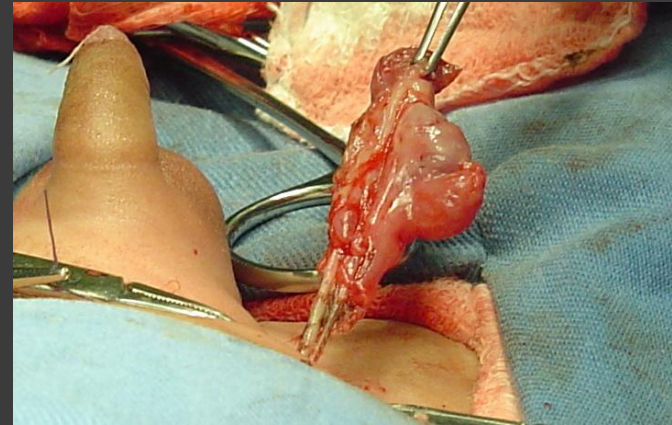
Hérnia Inguinal:



- Manobra de Valsalva
- Espessamento do canal inguinal
- Posição dos testículos
- Encarceramento X estrangulamento

Hérnia Inguinal:

Encarceramento > 6h pode resultar em uma catástrofe vascular no anel inguinal



Hérnia Inguinal: Conduta na Emergência

- ◉ Gelo na região Inguinal
- ◉ Sedação
- ◉ Repouso alimentar após redução manual
- ◉ Operar 12 a 24 hs após a redução manual para diminuir o edema do conducto

No consultório: Contato direto com o cirurgião assistente e rota de encaminhamento pré definida para casos de encarceramento que ocorrem entre o diagnóstico e a cirurgia

Fimose:

- “Estenose severa do prepúcio com impossibilidade de exteriorização da glândula”
- Terceira ITU em 6 meses
- Avaliar patologias dos ureteres e bexiga
- Profilaxia de novas ITU



Fimose:

- Tratamento: Postectomia
- Tempo da cirurgia com Plastbell de 3 a 7 minutos

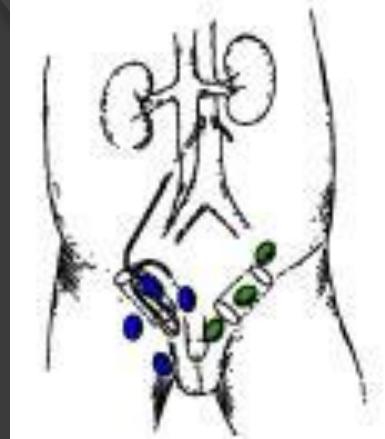


Criptorquidia



- Início da descida dos Testículos por volta da 15ª semana de gestação (fase abdominal)
- Final da descida (fase inguino-escrotal) por volta da 35ª semana
- Fatores genéticos e Hormonais
- Insulin-like peptide 3 (INSL3) e seu receptor LGR8
- Testosterona – fase inguinal
- Testículo menor que o contra-lateral desde o nascimento sugere mal-formação congênita

Criptorquidia: Indicações



- Testículos ectópicos
- Testículos em posição infra escrotal que após estímulo cremastérico permanecem altos
- Testículos em região supra escrotal (inguinal / abdominal)
- Testículos que deixam dúvida ao exame devem ser acompanhados e ainda assim deve-se fazer a USG para avaliar a morfologia testicular
- Testículos criptorquídicos bilateralmente associados a hipospádia avaliar possibilidade de genitália ambígua (USG e Cariótipo)
- USG sempre faz parte do pré operatório da orquidopexia

Criptorquidia: Consenso Nórdico

● **Nordic consensus on treatment of undescended testes**

E. Martin Ritzén (Martin.Ritzen@ki.se)¹, A Bergh², R Bjerknes³, P Christiansen⁴, D Cortes^{4,5}, SE Haugen⁶, N Jørgensen⁷, C Kollin¹, S Lindahl⁸, G Läckgren⁹, KM Main⁷, A Nordenskjöld¹, E Rajpert-De Meyts⁷, O Söder¹, S Taskinen¹⁰, A Thorsson¹¹, J Thorup⁵, J Toppari¹², H Virtanen¹²

Abstract

Aim: To reach consensus among specialists from the Nordic countries on the present state-of-the-art in treatment of undescended testicles.

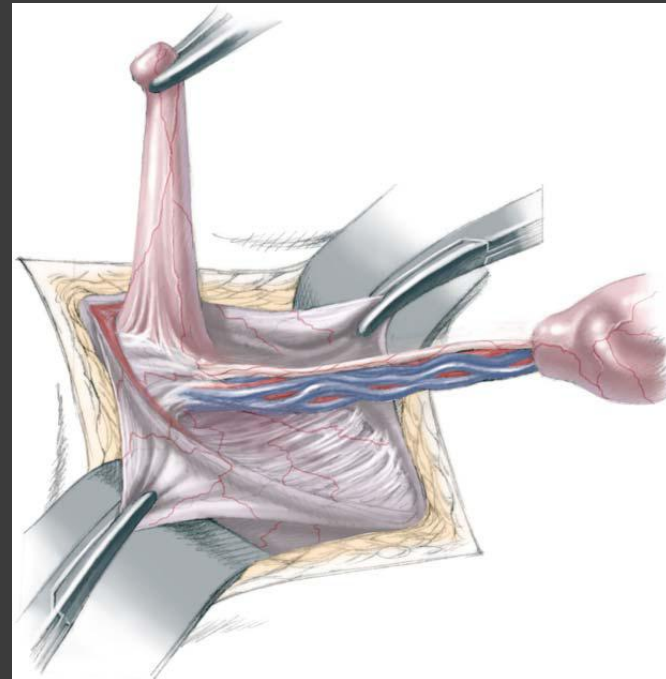
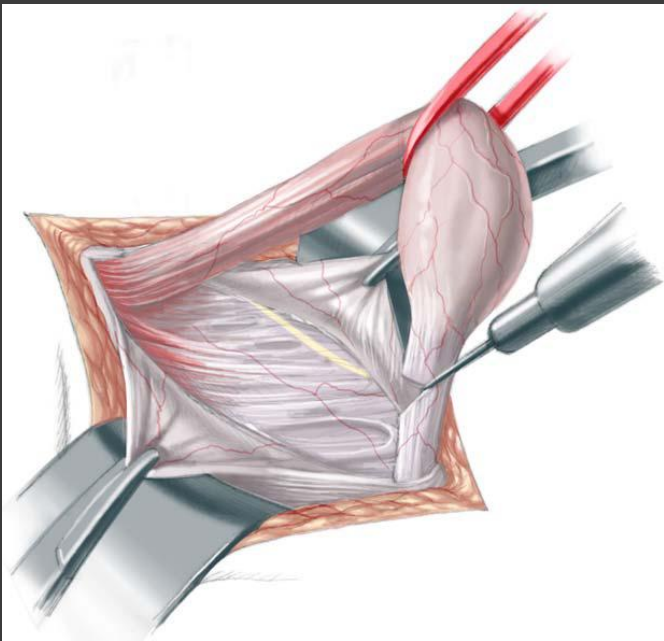
Methods: A group of specialists in testicular physiology, paediatric surgery/urology, endocrinology, andrology, pathology and anaesthesiology from all the Nordic countries met for two days. Before the meeting, reviews of the literature had been prepared by the participants.

Criptorquidia: Consenso Nórdico

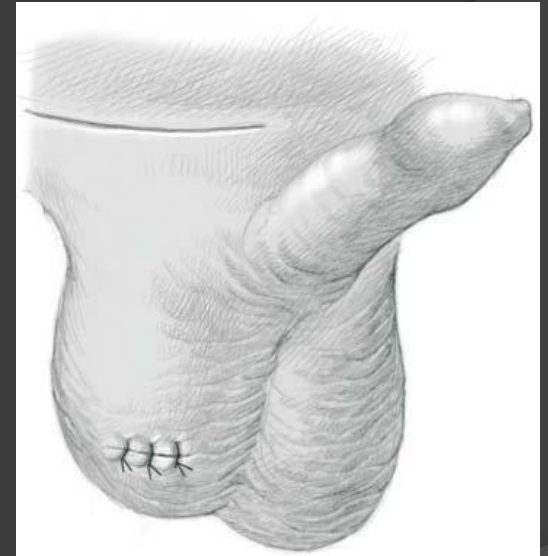
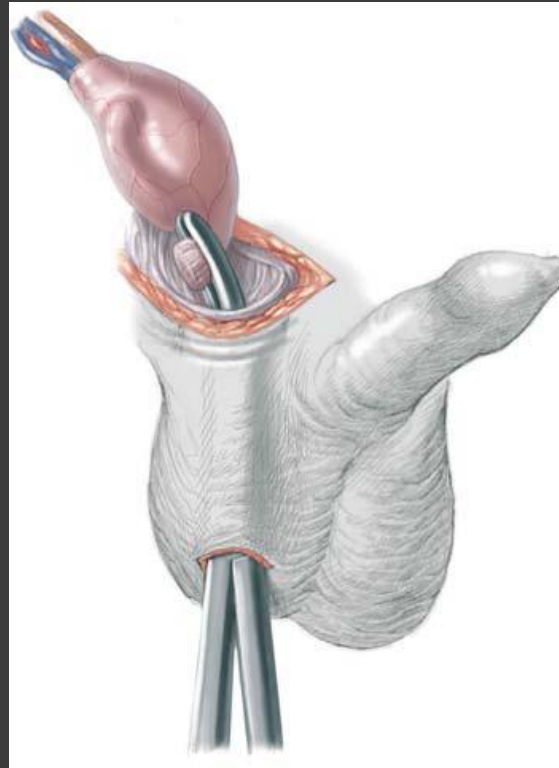
- O tratamento hormonal NÃO está recomendado. A cirurgia é o tratamento preferencial
- O tratamento cirúrgico deve estar indicado entre 6 e 12 meses de vida ou tão logo se faça o diagnóstico
- Orquidopexia antes de um ano de idade só deve ser feita em centros de referencia ou por cirurgiões experientes
- Pacientes operados de criptorquidia bilateral entre 10 meses e 3 anos somente 76% tiveram contagem normal de espermatozóides na vida adulta
- Pacientes com a mesma patologia e operados entre 4 e 14 anos somente 26% tiveram contagem normal de espermatozóides na vida adulta
- A cirurgia precoce preserva a espermatogênese e a Fertilidade
- A cirurgia antes de 2 anos de idade diminui consideravelmente o risco de câncer testicular.

Criptorquidia: Tratamento cirúrgico

- Testículos intra abdominais, sem palpação, indicada a Videolaparoscopia para avaliar o tipo de criptorquidia ou diagnosticar a anorquia por catástrofe vascular
- Cirurgia via Inguino-escrotal:



Orquidopexia:



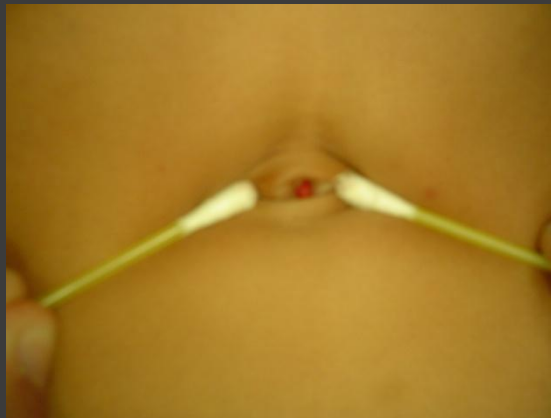
Orquidopexia:

- ⦿ Anos 70 = > 10 anos
- ⦿ Anos 80 = 7 a 10 anos
- ⦿ Anos 90 = até 5 anos
- ⦿ Hoje = Após 6 meses de idade

Como será o amanhã ?

Granuloma de remanescente Umbilical:

- ◉ Tratamento com nitrato de prata 1%
- ◉ Cauterização elétrica no centro cirúrgico



Linfangiomas:



Ressecção cirúrgica em último caso

Escleroterapia com infiltração intra-lesional

Droga precursora: OK 432 (Picibanil)

Drogas Recentemente Utilizadas:

- Bleomicina
- Solução de Nitrato de Prata 0,5 %

Infiltração sob anestesia

Fístula ano retal:



Etiologia

- Fissura anal
- Inflamação nas criptas
- Constipação
- Complicação de cirurgia endo-anal

Fístula ano retal:

Tratamento Clínico:

- Lavar com soapex após cada evacuação
- Dieta a fim de diminuir a consistência das fezes –
Averiguar o erro alimentar
- Proctyl ou Xiloproct pomada com o aplicador endo anal
- Compressa morna
- Aguardar a orientação da fístula para indicar a cirurgia

Fístula ano retal – Tratamento cirúrgico Surgisys

- Tela de matriz acelular



Hímem Imperfurado

- Hidrocolpos
- Incisão em cruz e marsupialização do hímem



Polidactilia / Sindactilia

- ◉ Nunca amarrar o coto para necrose
- ◉ Excisão com acolchoado para o feixe vasculo nervoso
- ◉ Complicações
- ◉ Polidactilia articulada= aguardar um ano de idade



Consulta com o cirurgião pediátrico no primeiro ano de vida: Exagero ou Realidade ?

Puericultura:

Teste do Pezinho

Teste do Olhinho

Teste da Orelinha

.....Teste do Saquinho???



CIPERJ – WWW.CIPERJ.ORG.BR

- ⦿ Cadastro
- ⦿ Mala direta
- ⦿ Principais acontecimentos
- ⦿ Sessão Clínica Bimestral
- ⦿ III Curso de Educação médica continuada do Cremerj
- ⦿ Livros de Cirurgia pediátrica

Muito Obrigado !

www.drmarcodaiha.com.br

