



SAÚDE



---

PROTOCOLO DE  
REGULAÇÃO AMBULATORIAL

# CIRURGIA PEDIÁTRICA

---

SÉRIE ESPECIALIDADES | CIRURGIAS



SAÚDE



---

# PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL **CIRURGIA PEDIÁTRICA**

---

**SÉRIE ESPECIALIDADES | CIRURGIAS**

**ATUALIZADO EM OUTUBRO DE 2023**

**Rio de Janeiro/RJ**



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2023 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

## **Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro // Subsecretaria Geral**

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 7º andar, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110  
<http://saude.prefeitura.rio/>

### **Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro**

Eduardo Paes

### **Secretário Municipal de Saúde**

Daniel Soranz

### **Subsecretário Executivo**

Rodrigo Prado

### **Subsecretária Geral**

Fernanda Adães Britto

### **Coordenador Geral de Contratualização, Controle e Auditoria**

Andre Luis Paes Ramos

### **Coordenador Geral do Complexo Regulador**

David Tebaldi Marques

### **Coordenadora da Regulação Ambulatorial**

Eliana Bittencourt da Silva

### **Coordenação Técnica**

Fernanda Adães Britto

Lucas Galhardo de Araújo

### **Colaboração**

Darli Fernandes de Oliveira

Debora Centeno

Luciano da Silva Guimarães

Paloma G. Martins Acioly

### **Revisão Técnica e Final**

Fernanda Adães Britto

### **Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio**

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

### **Supervisão Editorial**

Aluisio Bispo

### **Capa**

Aluisio Bispo

### **Projeto Gráfico e Diagramação**

Sandra Araujo

Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral

Protocolo de Regulação Ambulatorial — Cirurgia Pediátrica / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Fernanda Adães Britto — Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. -- (Série Especialidades)

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia

44p.

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Ambulatórios 3. Saúde Pública — Rio de Janeiro (RJ) 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Araújo, Lucas Galhardo de II. Britto, Fernanda Adães de III. Título V. Série.

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	6
CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE CIRURGIA PEDIÁTRICA .....	7
PROTOCOLO DE REGULAÇÃO .....	8
Cirurgia pediátrica.....	8
Urologia pediátrica.....	12
COMO SOLICITAR CIRURGIA PEDIÁTRICA NO SISREG .....	13
ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA ....	13
PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO .....	14
UNIDADES EXECUTANTES.....	15
SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL.....	16
REFERÊNCIAS .....	17
ANEXOS .....	18
Anexo 1. Anomalias anorretal .....	18
Anexo 2: Anquiloglossia .....	18
Anexo 3: Atresia de esôfago .....	19
Anexo 4: Atresia de vias biliares .....	19
Anexo 5: Balanite xerótica obliterante .....	20
Anexo 6: Bexiga neurogênica.....	20
Anexo 7: Cisto, fístula e seio branquial e pré-auricular .....	21
Anexo 8: Cisto de colédoco .....	21
Anexo 9: Cisto de supercílio .....	22
Anexo 10: Cisto tireoglosso.....	22
Anexo 11: Cisto pilonidal .....	23

Anexo 12: Colelitíase .....	23
Anexo 13: Colostomia.....	24
Anexo 14: Doença hemolítica com indicação de esplenectomia ...	24
Anexo 15: Epispádia .....	25
Anexo 16: Eventração diafragmática .....	25
Anexo 17: Extrofia de bexiga .....	26
Anexo 18: Extrofia de cloaca .....	26
Anexo 19: Fimose .....	27
Anexo 20: Fístula perianal.....	27
Anexo 21: Granuloma umbilical .....	28
Anexo 22: Hemangioma.....	28
Anexo 23: Hérnia diafragmática.....	29
Anexo 24: Hérnia epigástrica .....	29
Anexo 25: Hérnia inguinal .....	30
Anexo 26: Hérnia umbilical .....	30
Anexo 27: Hidrocele .....	31
Anexo 28: Hidronefroze.....	31
Anexo 29: Hipospádia.....	32
Anexo 30: Hirschsprung.....	32
Anexo 31: Hímen imperfurado .....	33
Anexo 32: Ileostomia .....	33
Anexo 33: Linfangioma .....	34
Anexo 34: Malformações congênitas pulmonares.....	34
Anexo 35: Onfalomesentérico .....	35
Anexo 36: Polidactilia .....	35
Anexo 37: Pólipo retal.....	36
Anexo 38: Prolapso retal .....	36
Anexo 39: Rânula .....	37
Anexo 40: Refluxo gastroesofágico .....	37

Anexo 41: Refluxo vesicoureteral .....	38
Anexo 42: Sinéquia vulvar .....	38
Anexo 43: Testículo não descido .....	39
Anexo 44: Testículo retrátil .....	39
Anexo 45: Torcicolo congênito .....	40
Anexo 46: Úraco .....	40
Anexo 47: Válvula de uretra posterior.....	41
Anexo 48: Varicocele.....	41

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se organiza como serviço de primeiro contato do paciente com todo o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo cuidado integral e longitudinal das pessoas.

A APS, quando organizada e estruturada, consegue atender cerca de 80% a 90% das demandas que lhe são trazidas pelas pessoas, demonstrando seu alto poder de resolutividade junto à população. Os demais 10% a 20% das demandas não inteiramente resolvidas na APS devem ser encaminhados para os diversos pontos da rede de Atenção Especializada (AE).

A Atenção Especializada figura como serviço para dar resolutividade aos demais problemas da população, geralmente casos mais complexos, ou que exijam alta densidade tecnológica ou técnica, ou, ainda, que demandem o uso de equipamentos especializados e intervenções que utilizem tecnologias duras, como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e procedimentos endoscópicos e oftalmológicos, e os guiados por imagem.

A APS realiza, também, a coordenação do cuidado, que inclui a organização do acesso às consultas especializadas e exames complementares, quando necessário, devendo, então, garantir que o usuário trace um itinerário terapêutico que corresponda às suas necessidades, no menor tempo possível e sem prejuízo ao mesmo e ao sistema, evitando o desperdício de vagas com um consumo desnecessário das mesmas.

Para atingir este objetivo, a regulação deve atuar na garantia de que os pacientes acessem as vagas quando suas situações clínicas estejam embasadas nas evidências mais atuais que justifiquem o seu uso, bem como os encaminhando no tempo adequado, respeitando sua prioridade clínica, e para um determinado prestador que atenda à demanda, de forma a corresponder ao que se pediu na solicitação.

Ao profissional cabe a tarefa de solicitar a consulta, exame ou cirurgia de forma correta, fazendo-as quando possui clareza técnica baseada em evidências para tal, realizando as solicitações em campo adequado e com justificativa detalhada. Assim, o presente protocolo visa subsidiar profissionais de saúde da rede assistencial do município do Rio de Janeiro (MRJ) nas suas funções enquanto solicitantes, reguladores e executantes sobre o fluxo regulatório desta especialidade, buscando qualificar as solicitações, garantir transparência e segurança técnica para a

regulação das vagas e facilitar a jornada do paciente. O presente protocolo deverá ser visto e atualizado permanentemente, buscando adequação e compatibilidade com a linha de cuidado da cirurgia pediátrica na cidade.

## CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE CIRURGIA PEDIÁTRICA

A cirurgia pediátrica engloba uma série de condições clínicas de resolução cirúrgica em crianças e adolescentes, podendo ser congênitas ou adquiridas. Essas condições podem ser de intervenção imediata ou eletiva, as de correção imediata são realizadas ainda durante a internação na maternidade e podem requerer seguimento posterior com a Cirurgia Pediátrica após encaminhamento pela equipe de Saúde da Família (eSF).

As cirurgias eletivas devem atender à idade ideal para a correção proposta. Algumas condições congênitas são fisiológicas ao nascimento e têm potencial de resolução espontânea com a idade. Logo, é importante a diferenciação das alterações fisiológicas das patológicas, para evitar encaminhamento inadequado.

É importante que as equipes de Saúde da Família (eSF) realizem a correta identificação dos quadros, a condução inicial em ambulatório e o adequado encaminhamento ao especialista. Durante o acompanhamento de puericultura, é preciso instruir adequadamente pais e/ou responsáveis sobre os cuidados necessários, e orientá-los nos sinais de alerta.

**Suspeita de Doença Maligna: crianças com suspeita ou confirmação de malignidade, seja pelo exame físico, laboratorial ou de imagem, devem ser encaminhadas como prioridade via Sistema Estadual de Regulação (SER) em "Ambulatório de 1ª vez — Triagem em Oncologia Infantil". Devem ser enviados em anexo os exames de imagem ou laboratório iniciais que levantaram a suspeita, bem com o encaminhamento médico carimbado. Não há necessidade de conclusão diagnóstica para o encaminhamento.**



## PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

As condições cirúrgicas ambulatoriais pediátricas, tanto as mais comuns como as específicas, foram separadas por ordem alfabética, apresentando as indicações de quando encaminhar. Algumas condições podem ser encaminhadas tanto para Cirurgia Pediátrica como para Urologia Pediátrica.

Este protocolo possui anexos, nos quais se apresenta um guia de fácil consulta e linguagem acessível para nortear para os profissionais. No guia constam o nome de cada afecção, CID-10, sinonímia, definição, diagnóstico, complicações e tratamento.

1. Cirurgia pediátrica
2. Urologia pediátrica

### CIRURGIA PEDIÁTRICA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA.

#### **Indicações clínicas:**

1. ANOMALIA ANORRETAL em crianças já tratadas e com queixas tardias, referenciar preferencialmente ao serviço onde realizaram o tratamento previamente. Saiba mais sobre anomalias anorretais no Anexo 1.
2. Pacientes com suspeita ou diagnóstico de ANQUILOGLOSSIA por meio do exame físico alterado e complicação associada. Saiba mais sobre anquiloglossia no Anexo 2.
3. Criança já tratadas de ATRESIA DE ESÔFAGO e com queixas tardias, referenciar preferencialmente ao serviço onde realizaram o tratamento previamente. Saiba mais sobre atresia de esôfago no Anexo 3.

**É um diagnóstico realizado ainda durante o pré-natal ou no pós-parto imediato, devendo a cirurgia ser realizada durante a internação na maternidade.**

4. Paciente com icterícia persistente após duas semanas de vida por suspeita ATRESIA DE VIAS BILIARES. Saiba mais sobre atresia de vias biliares no Anexo 4.

5. Pacientes com BALANITE XERÓTICA OBLITERANTE ao diagnóstico. Saiba mais sobre balanite xerótica obliterante no Anexo 5.
6. Na suspeita de BEXIGA NEUROGÊNICA com disfunção após avaliação do nefrologista pediátrico. Saiba mais sobre bexiga neurogênica no Anexo 6.
7. Pacientes com CISTO, FÍSTULA E SEIO BRANQUIAL E PRÉ-AURICULAR ao diagnóstico. Saiba mais sobre cisto, fístula e seio branquia e pré-auricular no Anexo 7.
8. Pacientes com CISTO DE COLÉDOCO ao diagnóstico. Saiba mais sobre cisto de colédoco no Anexo 8.
9. Pacientes com CISTO DE SUPERCÍLIO ao diagnóstico. Saiba mais sobre cisto de supercílio no Anexo 9.
10. Pacientes com CISTO TIREOGLOSSO ao diagnóstico. Saiba mais sobre cisto tireoglossos no Anexo 10.
11. Pacientes com CISTO PILONIDAL ao diagnóstico. Saiba mais sobre cisto pilonidal no Anexo 11.
12. Pacientes com COLELITÍASE, se sintomáticos, com doenças hemolíticas, cálculos maiores de 2cm ou associação com pólipos de vesícula. Saiba mais sobre colelitíase no Anexo 12.
13. Pacientes com COLOSTOMIA ao diagnóstico, para avaliação e seguimento. Saiba mais sobre colostomia no Anexo 13.
14. Paciente com DOENÇA HEMOLÍTICA COM INDICAÇÃO DE ESPLENECTOMIA após indicação de esplenectomia pelo hematologista. Saiba mais sobre esplenectomia na doença hemolítica no Anexo 14.
15. Pacientes com EPISPÁDIA ao diagnóstico. Saiba mais sobre epispádia no Anexo 15.
16. Pacientes com EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA ao diagnóstico, para investigação e tratamento. Saiba mais sobre eventração diafragmática no Anexo 16.
17. Pacientes com EXTROFIA DE BEXIGA ao diagnóstico. Saiba mais sobre extrofia de bexiga no Anexo 17.
18. Pacientes com EXTROFIA DE CLOACA ao nascimento. Saiba mais sobre extrofia de cloaca no Anexo 18.
19. Paciente apresentando FIMOSE a partir dos 3 anos ou antes, se apresentar complicação. Saiba mais sobre fimose no Anexo 19.

20. Paciente com FÍSTULA PERIANAL quando há persistência da mesma por mais de um mês. Saiba mais sobre fístula perianal no Anexo 20.
21. Paciente com GRANULOMA UMBILICAL na ausência de resposta ao tratamento conservador. Saiba mais sobre granuloma umbilical no Anexo 21.
22. Paciente com HEMANGIOMA ao diagnóstico. Saiba mais sobre hemangioma no Anexo 22.
23. Pacientes com HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA ao diagnóstico. Saiba mais sobre hérnia diafragmática no Anexo 23.
24. Pacientes com HÉRNIA EPIGÁSTRICA ao diagnóstico. Saiba mais sobre hérnia epigástrica no Anexo 24.
25. Pacientes com HÉRNIA INGUINAL ao diagnóstico. Saiba mais sobre hérnia inguinal no Anexo 25.
26. Pacientes com HÉRNIA UMBILICAL após três anos de idade. Saiba mais sobre hérnia umbilical no Anexo 26.
27. Pacientes com HIDROCELE após 1–2 anos de idade nos meninos, quando há associação com derivação ventricular peritoneal e nos caos de crianças maiores e adolescentes, devendo estas serem encaminhadas no momento do diagnóstico, em crianças maiores, adolescentes e portadores de derivação ventricular peritoneal. Saiba mais sobre hidrocele no Anexo 27.
28. Pacientes com HIDRONEFROSE ao diagnóstico. Saiba mais sobre hidronefrose no Anexo 28.
29. Pacientes com HIPOSPÁDIA ao diagnóstico. Saiba mais sobre hipospádia no Anexo 29.
30. Doença de HIRSCHSPRUNG ao diagnóstico ou após avaliação do gastroenterologista. Saiba mais sobre doença de Hirschsprung no Anexo 30.
31. Pacientes com HÍMEN IMPERFURADO ao diagnóstico. Saiba mais sobre hímen imperfurado no Anexo 31.
32. Pacientes com ILEOSTOMIA ao diagnóstico, para avaliação e seguimento. Saiba mais sobre ileostomia no Anexo 32.
33. Pacientes com LINFANGIOMA (higroma cístico) ao diagnóstico. Saiba mais sobre linfangioma no Anexo 33.

- 34.** Pacientes com MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS PULMONARES ao diagnóstico. Saiba mais sobre malformações congênitas pulmonares no Anexo 34.
- 35.** Pacientes com ONFALOMESENTÉRICO ao diagnóstico. Saiba mais sobre onfalomesentérico no Anexo 35.
- 36.** Pacientes com POLIDACTILIA ao diagnóstico. Quando articulado, deve ser encaminhado para serviço de ortopedia pediátrica. Saiba mais sobre polidactilia no Anexo 36.
- 37.** Pacientes com PÓLIPO RETAL ao diagnóstico. Saiba mais sobre pólio retal no Anexo 37.
- 38.** Pacientes com PROLAPSO RETAL na falha do tratamento conservador. Saiba mais sobre prolapso retal no Anexo 38.
- 39.** Pacientes com RÂNULA ao diagnóstico. Saiba mais sobre rânula no Anexo 39.
- 40.** Pacientes com REFLUXO GASTROESOFÁGICO na falha do tratamento conservador associado a complicações, após avaliação do gastroenterologista. Saiba mais sobre refluxo gastroesofágico no Anexo 40.
- 41.** Pacientes com REFLUXO VESICoureTERAL ao diagnóstico. Saiba mais sobre refluxo vesicoureteral no Anexo 41.
- 42.** Pacientes com SINÉQUIA VULVAR nos casos sintomáticos refratários a tratamento com corticoide local. Saiba mais sobre sinéquia vulvar no Anexo 42.
- 43.** Pacientes com TESTÍCULO NÃO DESCIDO ao diagnóstico a partir dos 6 meses de idade. Saiba mais sobre testículo não descido no Anexo 43.
- 44.** Pacientes com TESTÍCULO RETRÁTIL quando há dúvida diagnóstica com criptorquidia. Saiba mais sobre testículo retrátil no Anexo 44.
- 45.** Pacientes com TORCICOLO CONGÊNITO ao diagnóstico. Saiba mais sobre torcicolo congênito no Anexo 45.
- 46.** Pacientes com ÚRACO ao diagnóstico. Saiba mais sobre úracó no Anexo 46.
- 47.** Pacientes com VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR na suspeita diagnóstica. Saiba mais sobre válvula de uretra posterior no Anexo 47.
- 48.** Pacientes com VARICOCELE em casos sintomáticos ou com complicações. Saiba mais sobre varicocele no Anexo 48.

## UROLOGIA PEDIÁTRICA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM UROLOGIA — PEDIATRIA.

### Indicações clínicas:

1. Pacientes com **BALANITE XERÓTICA OBLITERANTE** ao diagnóstico. Saiba mais sobre balanite xerótica obliterante no Anexo 5.
2. Na suspeita de **BEXIGA NEUROGÊNICA** por disfunção após avaliação do nefrologista pediátrico. Saiba mais sobre bexiga neurogênica no Anexo 6.
3. Pacientes com **EPISPÁDIA** ao diagnóstico. Saiba mais sobre epispádia no Anexo 15.
4. Pacientes com **EXTROFIA DE BEXIGA** ao diagnóstico. Saiba mais sobre extrofia de bexiga no Anexo 17.
5. Pacientes com **HIDROCELE** após 1–2 anos de idade nos meninos, quando há associação com derivação ventricular peritoneal e nos caos de crianças maiores e adolescentes, devendo estas serem encaminhadas no momento do diagnóstico, em crianças maiores, adolescentes e portadores de derivação ventricular peritoneal. Saiba mais sobre hidrocele no Anexo 27.
6. Pacientes com **HIDRONEFROSE** ao diagnóstico. Saiba mais sobre hidronefrose no Anexo 28.
7. Pacientes com **HIPOSPÁDIA** ao diagnóstico. Saiba mais sobre hipospádia no Anexo 29.
8. Pacientes com **VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR** na suspeita diagnóstica. Saiba mais sobre válvula de uretra posterior no Anexo 47.
9. Pacientes com **VARICOCELE** em casos sintomáticos ou com complicações. Saiba mais sobre varicocele no Anexo 48.

## **COMO SOLICITAR CIRURGIA PEDIÁTRICA NO SISREG**

Ao solicitante, sugere-se descrever, para melhor compreensão da situação clínica do paciente e das razões pelas quais o mesmo necessita de consulta especializada, exame e/ou procedimento, as seguintes informações:

- Condições clínicas apresentadas e suas complicações;
- Exame físico detalhado;
- Dados relativos à gravidez, parto e período neonatal;
- Tratamentos prévios, cirúrgico ou não, e suas repercussões;
- Hipóteses diagnósticas ou diagnóstico concluído;
- Medicamentos em uso e sua posologia;
- Exames realizados e seus resultados, com data;
- Exames solicitados e que aguardam realização.

## **ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

O encaminhamento imediato deve ser realizado via Vaga Zero nas situações a seguir.

- Suspeita de escroto agudo;
- Hérnia encarcerada ou estrangulada;
- Colelitíase complicada;
- Colecistite aguda;
- Colangite;
- Pancreatite aguda;
- Litíase renal com hidronefrose e alteração da função renal;

- Apendicite aguda;
- Obstrução intestinal;
- Dor abdominal aguda a esclarecer;
- Pneumonia com derrame pleural;
- Trauma de qualquer etiologia;
- Estenose hipertrófica do piloro;
- Priapismo;
- Hemorragia digestiva alta e baixa;
- Recém-nascido com anomalia anorretal não identificada e tratada ainda durante internação na maternidade.

## PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO

**VERMELHO ➔** Anquiloglossia quando ocorrer dificuldade na alimentação ao seio materno, com perda de peso no grupo neonatal; atresia de esôfago do recém-nascido; atresia de vias biliares; extrofia de bexiga no recém-nascido; extrofia de cloaca no recém-nascido; hérnia diafragmática; hérnia inguinal ou umbilical com encarceramento; torcicolo congênito; válvula de uretra posterior.

**AMARELO ➔** Seguimento de pacientes com atresia de esôfago já operados, para seguimento; balanite xerótica obliterante; cisto, fístula e seio branquial e pré-auricular com complicação; cisto de colédoco; cisto pilonidal; colelitíase; doença hemolítica com indicação de esplenectomia; epispádia; eventração diafragmática; extrofia de bexiga já operados, para seguimento; extrofia de cloaca já operados, para seguimento; hemangioma; hérnia inguinal sem encarceramento; hidronefrose; doença de Hirschsprung; hímen imperfurado; linfangioma; onfalomesentérico; prolapso retal; rânula; refluxo gastroesofágico; refluxo vesicoureteral; testículo não descido; úraco.

**VERDE →** Anquiloglossia no pré-escolar e escolar; bexiga neurogênica; cisto, fístula e seio branquial e pré-auricular sem complicação; cisto de tireoglossos; colostomia; fístula perianal; ileostomia; malformações congênitas pulmonares; pólipos retal; testículo retrátil.

**AZUL →** Cisto de supercílio; fimose; granuloma umbilical; hérnia epigástrica; hérnia umbilical sem encarceramento; hidrocele; hipospádia; polidactilia; sinéquia vulvar; varicocele.

## UNIDADES EXECUTANTES

Como forma de facilitar o processo regulatório, nas páginas a seguir estão listados os procedimentos e as unidades executantes que os ofertam. Atentar para o preparo do paciente para cada tipo de consulta especializada, exame e/ou procedimento, que pode variar entre as unidades executantes. As informações do preparo por procedimento e unidade executante estão no portal **minhasaude.rio**.

### CONSULTA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA

- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Hospital Estadual de Transplantes, Câncer e Cirurgia Infantil
- Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto
- Hospital Municipal Jesus
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ)



## CONSULTA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA

- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital Federal do Andaraí
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Hospital Estadual de Transplantes, Câncer e Cirurgia Infantil
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ)

**Em caso de dúvidas ou para casos muito particulares,** o profissional solicitante deve acionar o RT médico da unidade, NIR da CAP, RT médico da CAP ou a Central de Regulação Ambulatorial, para definição da conduta mais adequada. Sugere-se, também, que acione o Telessaúde vinculado ao Ministério da Saúde, caso necessário, pelo telefone 0800-644-6543 (das 8h às 17h30) — linha de atendimento para acesso em todo o Brasil.

## SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL



No site **minhasaude.rio**, você pode consultar o “Manual de Regulação Ambulatorial — Diretrizes para Coordenação do Cuidado” e os critérios de acesso aos prestadores.

## REFERÊNCIAS

Bogaert G, van den Heijkant M, Albersen M. Varicocele in Children and Adolescents: A Challenge for Diagnosis and Treatment Indications. **European Urology Supplements**. Novembro de 2017;16(8):171–6.

Cho A, Thomas J, Perera R, Cherian A. Undescended testis. **BMJ**. 25 de março de 2019;926.

Gonzalez Ayerbe JI, Hauser B, Salvatore S, Vandenplas Y. Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease in Infants and Children: from Guidelines to Clinical Practice. **Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr**. 2019;22(2):107.

Hinman, Jr. F, S. Baskin L. **Hinman's Atlas of Pediatric Urologic Surgery. Second Edition**. Saunders, an imprint of Elsevier Inc.; 2009.

Holcomb G, St Peter SD, Patrick Murphy, J. **Holcomb and Ashcraft's Pediatric Surgery**. 7th Edition. 2019.

Inouye BM, Massanyi EZ, Di Carlo H, Shah BB, Gearhart JP. Modern Management of Bladder Exstrophy Repair. **Curr Urol Rep**. Agosto de 2013;14(4):359–65.

Martins JL. **Cirurgia Pediátrica UNIFESP**. Primeira edição. Manole; 2006.

Puri P. **Newborn Surgery**. Fourth Edition. Taylor & Francis Group, LLC; 2018.

Soares KC, Goldstein SD, Ghaseb MA, Kamel I, Hackam DJ, Pawlik TM. Pediatric choledochal cysts: diagnosis and current management. **Pediatr Surg Int**. Junho de 2017;33(6):637–50.

Spitz L, Coran A. **Operative Pediatric Surgery**. Seventh edition. 2013.

## ANEXOS

### ANEXO 1. ANOMALIAS ANORRETAL

- **CID:** Q42.2 — Ausência, atresia e estenose congênita do ânus, com fístula; Q42.3 — Ausência, atresia e estenose congênita do ânus, sem fístula; Q43.5 — Ânus ectópico.
- **SINONÍMIA:** Imperfuração anal, ânus fora do lugar, ânus coberto.
- **DEFINIÇÃO:** É uma anomalia congênita em que a criança nasce sem o ânus ou com o ânus fora do local correto. A maioria das crianças tem o diagnóstico ao nascimento e necessitam de intervenção com urgência, e posteriormente de tratamento definitivo. Quando o ânus está presente, mas em posição incorreta, o diagnóstico pode passar despercebido. São crianças que podem ter outras malformações associadas e necessitam de acompanhamento a longo prazo, principalmente para garantir a continência fecal.
- **DIAGNÓSTICO:** Por meio do exame físico com a ausência de visualização do ânus no períneo ou a visualização do ânus fora do local habitual (área de maior hipercromia do períneo e com pregas anais).
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ecocardiograma, ultrassonografia de rins e vias urinárias, ultrassonografia de coluna lombo sacra para neonatos e lactente, e ressonância de coluna lombo sacra para maiores de 9 meses.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Perfuração intestinal, constipação crônica, perda fecal (escape ou encoprese).
- **TRATAMENTO:** Cirurgia estagiada com colostomia com fístula mucosa inicial, anorretoplastia e reconstrução de trânsito.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Extrofia ou persistência de cloaca.

### ANEXO 2: ANQUILOGLOSSIA

- **CID:** Q38.1 — Anquiloglossia.
- **SINONÍMIA:** Língua presa, freio curto da língua.
- **DEFINIÇÃO:** É a restrição de movimentos da língua devido à fixação do freio lingual, podendo comprometer o sugar, engolir, mastigar e falar da criança.

- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico com equipe treinada para a realização do teste da linguinha no período neonatal.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Avaliação por fonoaudiólogo.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Dificuldade de pega do seio materno, dificuldade de ganho ponderal, troca de fonemas.
- **TRATAMENTO:** Frenulectomia lingual.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Freio curto não patológico, rânula, tumores de base da língua.

### ANEXO 3: ATRESIA DE ESÔFAGO

- **CID:** Q39.0 — Atresia de esôfago sem fístula; Q39.1 — Atresia de esôfago com fístula.
- **SINONÍMIA:** Agenesia parcial do esôfago, malformação congênita do esôfago, atresia com fístula dupla do esôfago, fístula traqueoesofágica em H, atresia com fístula proximal.
- **DEFINIÇÃO:** É uma malformação congênita em que o recém-nascido nasce sem um segmento do esôfago, podem ter fístula ou não para traqueia. É uma alteração que a suspeita diagnóstica ocorre no pré-natal pela presença de polidramnia. Ao nascimento, há sialorreia, cianose ao mamar e impossibilidade de passagem de sonda nasogástrica ou orogástrica. São crianças que podem ter outras malformações associadas e necessitam de acompanhamento a longo prazo.
- **DIAGNÓSTICO:** A confirmação diagnóstica é por meio de radiografia com sonda contrastada no coto esofágico superior, e a intervenção é realizada na mesma internação. O tratamento pode ser definitivo ou provisório.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ecocardiograma e ultrassonografia de rins e vias urinárias.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Estenose de esôfago, fístula traqueoesofágica re-canalizada.
- **TRATAMENTO:** Toracotomia ou toracosopia com ligadura de fístula e anastomose esofágica; esofagostomia com gastrostomia.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Estenose de esôfago (membrana, coristoma), doença de refluxo gastroesofágico.

### ANEXO 4: ATRESIA DE VIAS BILIARES

- **CID:** Q44.2 — Atresia das vias biliares.

- **SINONÍMIA:** Colestase.
- **DEFINIÇÃO:** É uma colestase às custas de hiperbilirrubinemia direta decorrente da obliteração das vias biliares. Deve-se suspeitar em neonatos que mantêm icterícia após 14 dias de vida. O diagnóstico e o tratamento precoce interferem no prognóstico da doença.
- **DIAGNÓSTICO:** Biópsia hepática com colangiografia intraoperatória.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Dosagem de bilirrubina total e frações, gama GT, fosfatase alcalina, TGO, TGP, albumina, TAP, TTPA e INR; sorologia para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes; dosagem de ultrassonografia de fígado e vias biliares, e cintilografia hepática.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Distúrbio de coagulação, ascite e cirrose hepática.
- **TRATAMENTO:** Portoenterostomia de Kasai.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hepatite neonatal, infecções congênitas, lama biliar, cisto de colédoco, hipoplasia de vias biliares, deficiência de alfa-1 antitripsina, hemocromatose e erro inato do metabolismo.

## ANEXO 5: BALANITE XERÓTICA OBLITERANTE

- **CID:** L90.0 – Líquen escleroso e atrófico.
- **SINONÍMIA:** Líquen escleroatrófico peniano.
- **DEFINIÇÃO:** É uma doença inflamatória crônica e progressiva que pode acometer prepúcio, glândula, meato uretral e uretra anterior. O processo esclerosante da doença transforma a elasticidade normal do tecido em fibrose, o que pode gerar sintomas urinários obstrutivos e predispor ao câncer de pênis.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Biópsia de prepúcio.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Estenose de meato uretral, retenção urinária e câncer de pênis.
- **TRATAMENTO:** Corticoide no estágio inicial e postectomia nos mais avançados.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Vitiligo.

## ANEXO 6: BEXIGA NEUROGÊNICA

- **CID:** N31.0 — Bexiga neuropática não-inibida não classificada em outra parte; N31.1 — Bexiga neuropática reflexa não classificada em outra parte; N31.2 — Bexiga neu-

ropática flácida não classificada em outra parte; N31.8 — Outra disfunção neuromuscular da bexiga; N31.9 — Disfunção neuromuscular não especificada da bexiga.

- **SINONÍMIA:** Disfunções neuromusculares da bexiga, bexiga neuropática flácida, distúrbios miccionais da infância.
- **DEFINIÇÃO:** É a desregulação da atividade muscular da bexiga por atividade descoordenada do músculo detrusor e do esfíncter urinário, comprometendo as funções de armazenar e esvaziar a urina. Pode resultar em perda de urina, retenção urinária e aumento das pressões intravesicais, com prejuízo para o trato urinário superior.
- **DIAGNÓSTICO:** Anamnese e urodinâmica.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ultrassonografia vias urinárias, urocultura e estudo urodinâmico.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Perda progressiva da função renal.
- **TRATAMENTO:** A depender do tipo da disfunção e da causa.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Enurese noturna.

## ANEXO 7: CISTO, FÍSTULA E SEIO BRANQUIAL E PRÉ-AURICULAR

- **CID:** Q18.0 — Seio, fístula e cisto de origem branquial; Q18.1 — Seio, fístula e cisto pré-auricular; Q18.2 — Outras malformações da fenda branquial.
- **SINONÍMIA:** Remanescente branquial.
- **DEFINIÇÃO:** É uma alteração congênita que se manifesta como orifício ou massa cervical lateral decorrente da não involução de estruturas do arco e fenda branquial. Se localiza desde a região pré-auricular até a fúrcula esternal.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ultrassonografia cervical; Tomografia cervical.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Infecção local recorrente, saída crônica de secreção serosa pela fístula.
- **TRATAMENTO:** Exérese de remanescente branquial.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Adenomegalia, cisto dermoide, torcicolo congênito, linfangioma cervical.

## ANEXO 8: CISTO DE COLÉDOCO

- **CID:** Q44.4 — Cisto de colédoco.
- **SINONÍMIA:** Dilatação cística congênita da via biliar.

- **DEFINIÇÃO:** É uma dilatação congênita das vias biliares. Pode estar assintomática em um achado acidental de exame de imagem ou associada a episódio de colangite com dor abdominal com massa palpável, febre e icterícia.
- **DIAGNÓSTICO:** Anamnese e exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ultrassonografia de fígado e vias biliares; ressonância de vias biliares.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Colangite, colelitíase, coledocolitíase, pancreatite, cirrose biliar secundária, colangiocarcinoma.
- **TRATAMENTO:** Ressecção da área da dilatação da via biliar com hepático-jejuno anastomose e reconstrução em Y de Roux.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cisto hepático, cisto pancreático, cisto de duplicação intestinal, tumores de suprarenal a direita, coledocolitíase, duplicação de vesícula biliar.

## ANEXO 9: CISTO DE SUPERCÍLIO

- **CID:** L72 — Cisto epidérmico.
- **SINONÍMIA:** Cisto folicular/epidermoide da pele e subcutâneo localizado na cauda do supercílio.
- **DEFINIÇÃO:** Lesão congênita cística indolor periorbitária superior temporal mais comum em crianças.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ultrassonografia de partes moles do supercílio do lado acometido.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Crescimento com ptose palpebral, infecção local.
- **TRATAMENTO:** Exérese cirúrgica.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Lipoma, tumores rabdóides.

## ANEXO 10: CISTO TIREOGLOSSO

- **CID:** Q89.2 — Malformações congênitas de outras glândulas endócrinas.
- **SINONÍMIA:** Cisto do ducto tireoglossos.
- **DEFINIÇÃO:** Tumoração cervical na linha média e móvel à deglutição, decorre da não reabsorção do trajeto do ducto tireoglossos no período embrionário do desenvolvimento da glândula tireoide.

- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico e ultrassonografia cervical.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ultrassonografia cervical incluindo visualização de tireoide.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Infecção e fístula de ducto tireoglosso.
- **TRATAMENTO:** Exérese de cisto tireoglosso ou cirurgia de Sistrunk.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cisto dermoide, tireoide ectópica, adenite cervical, linfonodomegalia.

## ANEXO 11: CISTO PILONIDAL

- **CID:** L05 — Cisto pilonidal; L05.0 — Cisto pilonidal com abscesso.
- **SINONÍMIA:** Abscesso pilonidal.
- **DEFINIÇÃO:** É uma lesão cística constituída de células epiteliais, pelos e glândulas sebáceas. Quando infecta e complica resulta em orifícios com drenagem de secreção de forma intermitente. Acomete geralmente região sacrococcígea e linha interglútea e surge durante a puberdade, sendo mais comum em meninos. Pode infeccionar, gerando dor local e saída de secreção fétida.
- **DIAGNÓSTICO:** Anamnese e exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Não há.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Infecção local e abscesso.
- **TRATAMENTO:** Exérese do cisto pilonidal.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dimple sacral.

## ANEXO 12: COLELITÍASE

- **CID:** K80.0 — Calculose da vesícula biliar com colecistite aguda; K80.1 — Calculose da vesícula biliar com outras formas de colecistite; K80.2 — Calculose da vesícula biliar sem colecistite; K80.3 — Calculose de via biliar com colangite.
- **SINONÍMIA:** Pedra na vesícula.
- **DEFINIÇÃO:** É a presença de cálculos dentro da vesícula. A prevalência da colelitíase tem aumento devido à obesidade e à dislipidemia infantil. A maioria é assintomática. Há vários fatores de risco conhecidos como obesidade, doenças hemolíticas, nutrição parenteral prolongada, fibrose cística, uso de antibióticos e diuréticos e trissomia do 21. Os sintomas mais comuns são cólica biliar, náuseas e vômitos, desencadeados pela ingestão de alimentos gordurosos. Está indicada a



intervenção em pacientes sintomáticos, pacientes com doenças hemolíticas e em cálculos maiores de 2cm ou presença de pólipos.

- **DIAGNÓSTICO:** Anamnese e ultrassonografia de fígado e vias biliares.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ultrassonografia de fígado e vias biliares; ressonância de vias biliares na suspeita de coledocolitíase.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Colecistite, coledocolitíase, colangite e pancreatite biliar.
- **TRATAMENTO:** Colecistectomia videolaparoscópica.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Doença de refluxo gastroesofágico.

## ANEXO 13: COLOSTOMIA

- **CID:** Z93.3 — Colostomia.
- **DEFINIÇÃO:** É a abertura cirúrgica do intestino grosso para derivação temporária ou definitiva das fezes. A etiologia ou a causa da instalação do estoma vai definir se o procedimento foi definitivo ou temporário e as possibilidades da reversão cirúrgica.
- **ETIOLOGIAS:** Anomalia anorretal, doença de Hirschsprung, obstruções intestinais adquiridas, trauma.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Não.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Prolapso, estenose, ulceração.
- **TRATAMENTO:** A depender da patologia que resultou a necessidade do procedimento.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ileostomia.

## ANEXO 14: DOENÇA HEMOLÍTICA COM INDICAÇÃO DE ESPLENECTOMIA

- **CID:** D57.1 — Anemia falciforme sem crise; D58.8 — Outras anemias hemolíticas hereditárias especificadas; D58.9 — Anemia hemolítica hereditária não especificada; D59.1 — Outras anemias hemolíticas não-autoimunes; D69.3 — Púrpura trombocitopênica idiopática.
- **DEFINIÇÃO:** O baço é uma víscera maciça localizada no quadrante superior esquerdo. É responsável por filtrar o sangue, atuando no sistema imune e hematológico. Algumas doenças hemolíticas e autoimunes podem ter indicação de esplenec-

tomia devido à ocorrência de complicação ameaçadora à vida ou refratariedade ao tratamento medicamentoso. Situações clínicas com indicação de esplenectomia são: sequestro esplênico na anemia falciforme, hiperesplenismo na esferocitose hereditária, púrpura trombocitopênica idiopática refratária a corticoide e imunoglobulina venosa, por exemplo.

- **DIAGNÓSTICO:** Indicação do hematologista.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ultrassonografia abdominal com documentação do tamanho do baço, busca de baços acessórios e avaliação de presença de colitíase associada.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Sangramento, pancreatite, trombose de veia esplênica.
- **TRATAMENTO:** Esplenectomia videolaparoscópica.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hipertensão portal.

## ANEXO 15: EPISPÁDIA

- **CID:** Q64.0 — Epispádia.
- **SINONÍMIA:** Pênis aberto.
- **DEFINIÇÃO:** Malformação congênita da uretra que se abre na porção ventral da haste peniana, pode ser completa com extrofia da bexiga associada ou mais distal com mecanismos de continência urinária íntegros.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ultrassonografia das vias urinárias para pesquisa de malformação associada.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Infecção urinária, balanites, incontinência urinária e ulceração do urotélio.
- **TRATAMENTO:** Cirurgia estagiada ou primária com reconstrução uretral.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Extrofia de cloaca, afalia.

## ANEXO 16: EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

- **CID:** J98.6 — Transtornos do diafragma.
- **SINONÍMIA:** Elevação da hemicúpula diafragmática.
- **DEFINIÇÃO:** É a elevação congênita ou adquirida, total ou parcial da cúpula do diafragma associada à perda da mobilidade, sem ruptura da porção muscular do diafragma.

- **DIAGNÓSTICO:** Radiografia de tórax com AP e perfil.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Radiografia de tórax AP e perfil, fluoroscopia de tórax.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Distúrbios respiratórios, maior susceptibilidade à infecção respiratória, dispneia aos esforços e movimento paradoxal do tórax durante a respiração.
- **TRATAMENTO:** Cirurgia eletiva com plicatura do músculo acometido, podendo ser aberta por toracotomia, laparotomia ou vídeo cirurgia.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tumores de mediastino, hérnia diafragmática, pneumonias, abscesso pulmonar ou malformações pulmonares.

## ANEXO 17: EXTROFIA DE BEXIGA

- **CID:** Q64.1 — Extrofia vesical
- **SINONÍMIA:** Bexiga aberta.
- **DEFINIÇÃO:** Malformação congênita grave por defeito de fechamento da placa vesical no período embrionário. Pode estar associada à malformação da genitália externa e/ou anorretal.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ultrassonografia de abdome, vias urinárias e coluna lombossacral e ecocardiografia.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Infecção neonatal, sepse urinária ou incontinência urinária.
- **TRATAMENTO:** Cirurgia estagiada com síntese da placa vesical e correção das outras anomalias associadas.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Extrofia de cloaca.

## ANEXO 18: EXTROFIA DE CLOACA

- **CID:** Q64.8 — Outras malformações congênitas especificadas do aparelho urinário.
- **SINONÍMIA:** Cloaca, extrofia.
- **DEFINIÇÃO:** Malformação congênita grave e complexa envolvendo o sistema digestivo e urogenital por defeito embrionário da linha média, podendo estar associado à onfalocele e outras malformações estruturais e cromossômicas.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico e exame de cariótipo.

- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ultrassonografia de abdome, vias urinárias e coluna lombosacral e ecocardiografia.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Incontinência urinária e fecal, infecção local e sepsse. Impossibilidade de definição do sexo biológico.
- **TRATAMENTO:** Múltiplas cirurgias estagiadas complexas.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Extrofia de bexiga e gastrosquise.

## ANEXO 19: FIMOSE

- **CID:** N47 — Fimose, hipertrofia de prepúcio e parafimose.
- **SINONÍMIA:** Hipertrofia de prepúcio, estenose prepucial.
- **DEFINIÇÃO:** Não retração completa do prepúcio por presença de anel prepucial estenótico, impedindo a exposição da glândula. É considerada fisiológica até os 2 anos de idade, não sendo necessária a realização de nenhuma tentativa de acelerar o processo de descolamento do prepúcio com pomadas ou exercícios. É comum o tratamento precoce se o paciente apresentar alguma malformação do trato urinário ou após episódio de parafimose. Além disso, a infecção urinária de repetição ou local, como balanites ou postites, indicam a necessidade de correção mais precoce. Convém lembrar que o diagnóstico de infecção urinária deve ser confirmado por urocultura. Trata-se da patologia mais encaminhada para avaliação do cirurgião pediátrico, a maioria sem indicação. Atualmente tem se difundido a postectomia neonatal como recomendação médica embasada na argumentação da Academia Americana de Pediatria. Entretanto, no Brasil esses conceitos ainda não estão bem estabelecidos.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Não.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Parafimose, balanopostites, balonamento do prepúcio ao urinar, infecção urinária de repetição.
- **TRATAMENTO:** Postectomia.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Aderência balanoprepucial, fimose fisiológica.

## ANEXO 20: FÍSTULA PERIANAL

- **CID:** K60.3 — Fístula anal; K60.4 — Fístula retal; K60.5 — Fístula anorretal.
- **SINONÍMIA:** Abscesso perianal.
- **DEFINIÇÃO:** É um trajeto entre o reto e um orifício de pele junto ao ânus que pode

drenar muco ou pus. Mais comum no primeiro ano de vida e em crianças do sexo masculino. Decorre principalmente de abscesso perianal que não cicatrizou completamente. Em crianças maiores e adolescentes, pode ser a primeira manifestação de doença inflamatória intestinal.

- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Colonoscopia na suspeita de doença inflamatória intestinal.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Infecção local e incontinência fecal.
- **TRATAMENTO:** Fistulotomia ou fistulectomia.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Doença inflamatória intestinal.

## ANEXO 21: GRANULOMA UMBILICAL

- **CID:** L92 — Afecções granulomatosas da pele e do tecido subcutâneo; P02.6 — Feto e recém-nascido afetados por outras afecções do cordão umbilical e as não especificadas.
- **SINONÍMIA:** Carne no umbigo.
- **DEFINIÇÃO:** É uma lesão na cicatriz umbilical formada por tecido de cicatrização exuberante, tendo aspecto de mucosa, responsável por manter a cicatriz úmida por uma drenagem clara ou sanguinolenta. É normalmente detectado no acompanhamento de puericultura.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Não.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Infecção local.
- **TRATAMENTO:** Inicialmente é conservador, podendo ser com álcool, nitrato de prata ou solução hipertônica a base de sódio.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Onfalite, persistência de úraco ou persistência de conduto onfalomesentérico.

## ANEXO 22: HEMANGIOMA

- **CID:** D18.0 — Hemangioma de qualquer localização.
- **SINONÍMIA:** Mancha ou lesão avermelhada ou arroxeadas.
- **DEFINIÇÃO:** É um tumor benigno vascular de origem venosa, caracterizado por uma fase proliferativa no primeiro ano de vida, seguida de uma fase involutiva lenta.

Tamanho e localização variável. Apesar de benigno, pode ter complicações.

- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ultrassonografia com doppler ou tomografia na dependência da localização do tumor.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Sangramento, ulceração, infecção e deformidade.
- **TRATAMENTO:** Inicialmente é medicamento com o uso de beta bloqueador com avaliação cardiológica pré-medicação. Tratamento cirúrgico é exceção.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tumor subcutâneo, granuloma piogênico, fibros-sarcoma infantil ou cisto dermoide.

## ANEXO 23: HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA

- **CID:** Q79.0 — Hérnia diafragmática congênita; K44.9 — Hérnia diafragmática sem obstrução ou gangrena.
- **DEFINIÇÃO:** É uma malformação congênita causada pelo fechamento incompleto do diafragma ou ausência do mesmo, ocasionando a herniação do conteúdo abdominal para a cavidade torácica. Pode cursar com hipoplasia pulmonar e hipertensão pulmonar. A apresentação é variável, podendo ser grave ao nascimento ou assintomática.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico e radiografia de tórax AP e perfil.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ecocardiograma e tomografia de tórax.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Insuficiência respiratória e obstrução intestinal.
- **TRATAMENTO:** Cirúrgico com hernioplastia diafragmática.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Eventração diafragmática e malformação adeno-matoide cística.

## ANEXO 24: HÉRNIA EPIGÁSTRICA

- **CID:** K43.9 — Hérnia ventral sem obstrução ou gangrena.
- **SINONÍMIA:** Bolinha na barriga.
- **DEFINIÇÃO:** É um orifício que surge na linha média do abdome, entre a cicatriz umbilical e o apêndice xifoide, normalmente entrando tecido gorduroso no local. Comumente é assintomático. Nota-se um abaulamento pequeno na linha média intermitente.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.

- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Não.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Dor local.
- **TRATAMENTO:** Cirúrgico.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Diástase de reto abdominal que não tem conduta cirúrgica.

## ANEXO 25: HÉRNIA INGUINAL

- **CID:** K40 — Hérnia inguinal; K40.2 — Hérnia inguinal bilateral, sem obstrução ou gangrena; K40.9 — Hérnia inguinal unilateral ou não especificada, sem obstrução ou gangrena.
- **SINONÍMIA:** Hérnia inguinal indireta, hérnia inguinal congênita.
- **DEFINIÇÃO:** Patologia cirúrgica congênita eletiva mais comum em pediatria. Trata-se da persistência do conduto peritônio-vaginal que não se obliterou antes do nascimento, possibilitando a passagem de conteúdo intra-abdominal por meio do defeito. Nas meninas, é comum a passagem e o encarceramento do ovário.
- **DIAGNÓSTICO:** Tumoração redutível e, por vezes, dolorosas da região inguinal. Pode ter acometimento bilateral e está associada à criptorquidia.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ultrassonografia da região inguinal (na dúvida diagnóstica).
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Encarceramento, obstrução intestinal e necrose intestinal ou do testículo ipsilateral. **Devido ao risco de encarceramento nos recém-nascidos, deve ser tratado como urgência médica.**
- **TRATAMENTO:** Herniorrafia inguinal por inguinotomia ou videolaparoscopia.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Adenite inguinal, torção de testículo não descido, hérnia femoral e cisto de cordão.

## ANEXO 26: HÉRNIA UMBILICAL

- **CID:** K42.9 — Hérnia umbilical sem obstrução ou gangrena.
- **SINONÍMIA:** Protrusão umbilical, hérnia supra umbilical.
- **DEFINIÇÃO:** Tumoração umbilical redutível e, por vezes, dolorosas. Na maioria dos casos tem resolução espontânea até os três anos, independentemente do tamanho do defeito da parede abdominal ao nível umbilical. Raramente encarcera. Apresenta defeito estético importante em meninas, com potencial complicação no período da gravidez.

- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Não.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Dor crônica e deformidade progressiva do umbigo.
- **TRATAMENTO:** Hernioplastia umbilical.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Queloide umbilical e hérnia epigástrica.

## ANEXO 27: HIDROCELE

- **CID:** N43.0 — Hidrocele encistada; N34.2 — Outra hidrocele; N43.3 — Hidrocele não especificada; P83.5 — Hidrocele congênita.
- **SINONÍMIA:** Água na bolsa escrotal, hidrocele comunicante, cisto de cordão espermático.
- **DEFINIÇÃO:** Acúmulo de líquido seroso na túnica vaginal ao redor do testículo. Pode ser uni ou bilateral, congênita ou adquirida. Pode ser congênita ou adquirida. Tem regressão espontânea até 1–2 anos de idade.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico com transiluminação da bolsa escrotal.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Não.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Sensação de peso e dor na bolsa escrotal.
- **TRATAMENTO:** Hidrocelectomia.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Linfangioma, tumor de testículo e hérnia inguinal.

## ANEXO 28: HIDRONEFROSE

- **CID:** N13.0 — Hidronefrose com obstrução da junção ureteropélvica; N13.1 — Hidronefrose com estreitamento de ureter não classificada em outra parte; N13.2 — Hidronefrose com obstrução por calculose renal e ureteral; N13.3 — Outras hidronefroses e as não especificadas; Q62.0 — Hidronefrose congênita.
- **SINONÍMIA:** Dilatação dos rins.
- **DEFINIÇÃO:** É a dilatação dos rins por dificuldade de drenagem da urina para a bexiga, levando à piora progressiva da função renal. A dilatação normalmente é decorrente de uma obstrução que pode ser parcial ou total, podendo ocorrer em qualquer ponto do ureter. Pode ter várias etiologias com estenose de junção ureteropélvica, estenose de junção ureterovesical, válvula de uretra posterior, refluxo vesicoureteral e ureterocele. Algumas hidronefroses, descobertas no período neonatal, podem envolver com o crescimento da criança.



- **DIAGNÓSTICO:** Ultrassonografia de rins e vias urinárias.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Uretrocistografia miccional e cintilografia renal.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Infecção urinária, pielonefrite e perda da função renal.
- **TRATAMENTO:** A depender do grau e etiologia da obstrução.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ectasia renal.

## ANEXO 29: HIPOSPÁDIA

- **CID:** Q54.0 — Hipospádia balcânica; Q54.1 — Hipospádia peniana; Q54.2 — Hipospádia penoscrotal; Q54.3 — Hipospádia perineal; Q54.8 — Outras hipospádias; Q54.9 — Hipospádias não especificada.
- **SINONÍMIA:** “Buraco do xixi fora do lugar”.
- **DEFINIÇÃO:** É uma malformação peniana em que a uretra não tem o seu desenvolvimento completo, fazendo com que a abertura uretral ocorra na porção ventral desde a glândula até a região perineal. Juntamente, com o desenvolvimento incompleto da uretral, o prepúcio também é afetado ventralmente, o que é denominado “capuchão”, e pode haver um curvamento peniano chamado de chordee. Quanto mais proximal a abertura uretral, maior tende a ser o grau de complexidade do caso. O objetivo de tratamento cirúrgico é deixar a configuração do pênis o mais próximo do normal, a fim de melhorar a funcionalidade miccional e ejacutória a longo prazo.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Não.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Impossibilidade de urinar em pé e alteração da fertilidade devido a jato ejacutório ineficaz.
- **TRATAMENTO:** Cirúrgico, que pode ser único ou estadiado.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Genitália ambígua.

## ANEXO 30: HIRSCHSPRUNG

- **CID:** Q43.1 — Doença de Hirschsprung.
- **SINONÍMIA:** Megacólon congênito.
- **DEFINIÇÃO:** É uma alteração congênita que dificulta a eliminação de mecônio nas primeiras 24 horas de vida, devido à ausência de células ganglionares na musculatura da alça intestinal. No período neonatal, além da eliminação tardia do mecônio, pode haver distensão intestinal e dificuldade de aceitação da dieta. O acometi-

mento é no sentido caudal para o cranial. Na maioria das vezes, o acometimento é mais distal, sendo confundido com constipação crônica, que responde ao estímulo retal. É comum haver distensão abdominal, dificuldade de nutrição e ausência de fecaloma no toque retal.

- **DIAGNÓSTICO:** Radiografia de abdome AP e perfil, clister opaco e biopsia retal.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Não.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Enterocolite e desnutrição.
- **TRATAMENTO:** A depender do estado geral do paciente, altura do segmento acometido e grau de distensão intestinal, podendo ser feito colostomia, abaixamento de cólon primário ou em um segundo tempo.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Constipação crônica, alergia alimentar e dismotilidade intestinal.

## ANEXO 31: HÍMEN IMPERFURADO

- **CID:** Q52.3 — Imperfuração do hímen.
- **SINONÍMIA:** Vagina fechada.
- **DEFINIÇÃO:** É a obstrução genital feminina mais comum e consiste na ausência de orifício externo da vagina, impedindo a drenagem de secreção vaginal e uterina. Pode passar despercebida no período neonatal. Deve ser suspeitada em meninas que já entraram na puberdade, com amenorreia e dor abdominal intensa.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Não.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Hidrocolpos, metrocolpos, retenção urinária e abdome agudo.
- **TRATAMENTO:** Himenotomia.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Agenesia de vagina.

## ANEXO 32: ILEOSTOMIA

- **CID:** Z93.2 — Ileostomia.
- **DEFINIÇÃO:** É a abertura cirúrgica do intestino delgado para derivação temporária ou definitiva da secreção entérica. A etiologia ou a causa da instalação do estoma vai definir se o procedimento foi definitivo ou temporário e as possibilidades da reversão cirúrgica.

- **ETIOLOGIAS:** Extrofia de cloaca, doença de Hirschsprung, obstruções intestinais adquiridas e trauma.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Não
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Prolapso, estenose e ulceração.
- **TRATAMENTO:** A depender da patologia que resultou a necessidade do procedimento.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Colostomia.

## ANEXO 33: LINFANGIOMA

- **CID:** D18.1 — Linfangioma de qualquer localização.
- **SINONÍMIA:** Malformação linfática, higroma cístico.
- **DEFINIÇÃO:** É um tumor benigno vascular de origem linfática, caracterizado por acúmulo de linfa no local onde os linfáticos estão dilatados. São comuns na cabeça, pescoço e língua. Geralmente aparecem até os 2 anos de vida. Apesar de benigno, pode ter complicações.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ultrassonografia de partes moles.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Sangramento e linfangite.
- **TRATAMENTO:** Preconizado para a maioria das lesões, é infiltração de substância esclerosante, atualmente a bleomicina.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hemangioma, teratoma e adenomegalia.

## ANEXO 34: MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS PULMONARES

- **CID:** Q33.0 — Pulmão cístico congênito; Q33.8 — Outras malformações congênitas do pulmão; Q33.9 — Malformação congênita não especificada do pulmão.
- **SINONÍMIA:** Malformação adenomatoide cística, sequestro pulmonar, enfisema lobar congênito, cisto broncogênico.
- **DEFINIÇÃO:** São lesões císticas pulmonares de origem congênita que podem ser diagnosticadas no pré-natal. A apresentação é variável ao nascimento.
- **DIAGNÓSTICO:** Anamnese e radiografia de tórax AP e perfil.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Tomografia de tórax.

- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Infecção respiratória de repetição e abscesso pulmonar.
- **TRATAMENTO:** Cirúrgico.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Abscesso pulmonar, pneumatocele.

## ANEXO 35: ONFALOMESENTÉRICO

- **CID:** Q43.0 — Divertículo de Meckel; Q43.8 — Outras malformações congênitas especificadas do intestino; Q43.9 — Malformação congênita não especificada do intestino.
- **SINONÍMIA:** Remanescente do saco vitelino, divertículo ileal com fístula vitelina.
- **DEFINIÇÃO:** É a persistência do ducto onfalomesentérico não involuído. Apresenta ligação com a cicatriz umbilical, podendo, de acordo com as variações anatômicas, se apresentar como cisto onfalomesentérico, fístula onfalomesentérica, pólipos umbilical e persistência de cordão fibroso como causa de obstrução intestinal em recém-nascidos e lactentes.
- **DIAGNÓSTICO:** Fistulografia ou ultrassonografia abdominal.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Na suspeita de mucosa gástrica ectópica, pode ser solicitado estudo com Tc-99m ou "Meckel scan".
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Obstrução intestinal e volvulo.
- **TRATAMENTO:** Exploração cirúrgica umbilical.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Granuloma umbilical e onfalite.

## ANEXO 36: POLIDACTILIA

- **CID:** Q69.9 — Polidactilia não especificada.
- **SINONÍMIA:** Dedo extranumerário não articulado.
- **DEFINIÇÃO:** Pode ocorrer nas mãos ou pés. Quando articulado, deve ser encaminhado para serviço de ortopedia pediátrica.
- **DIAGNÓSTICO:** Ao nascimento, com a observação de dedo extra, normalmente na fase hipotênar da mão. Pode ter acometimento bilateral.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Radiografia simples do membro acometido.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Necrose ou torção do pedículo vascular delgado, que faz a ligação com a mão.

- **TRATAMENTO:** Exérese cirúrgica.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Polidactilia articulada.

## ANEXO 37: PÓLIPO RETAL

- **CID:** K62.0 — Pólipo anal; Q62.1 — Pólipo retal.
- **SINONÍMIA:** Doença polipoide retal, tumor retal pediculado benigno.
- **DEFINIÇÃO:** É uma lesão na parede intestinal que se projeta para a luz, podendo ser plana ou elevada. Pode estar presente em outras partes do trato gastrointestinal. Na maioria de vezes, é uma lesão isolada. Apesar de, normalmente, ser assintomática, é uma das causas comuns de sangramento retal infantil.
- **DIAGNÓSTICO:** Toque retal.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Anuscopia e colonoscopia.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Sangramento, exteriorização à evacuação ou torção.
- **TRATAMENTO:** Polipectomia.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Prolapso retal, doença hemorroidária, invaginação intestinal.

## ANEXO 38: PROLAPSO RETAL

- **CID:** K62.3 — Prolapso retal.
- **SINONÍMIA:** Saída de carne do ânus.
- **DEFINIÇÃO:** É a protusão da mucosa ou parede retal pelo ânus associada a sangramento, ulceração de mucosa e sensação de massa no ânus. Pode ter diversas causas, como constipação, diarreia, verminose e fraqueza do assoalho pélvico.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Não.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Sangramento e ulceração mucosa.
- **TRATAMENTO:** Inicialmente, realiza-se o tratamento conservador com redução manual do prolapso associado ao tratamento da causa base. Na terapêutica invasiva pode ser realizada infiltração submucosa de substância esclerosante, cerclagem anal e retopexia.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Invaginação intestinal, duplicação de reto, pólipo retal e doença hemorroidária.

## ANEXO 39: RÂNULA

- **CID:** K11.6 — Mucocele de glândula salivar.
- **SINONÍMIA:** Mucocele.
- **DEFINIÇÃO:** É uma lesão cística no assoalho bucal decorrente da ruptura de ducto da glândula salivar e extravasamento de mucina para o interior dos tecidos moles, formando um cisto em posição lateral do assoalho e coloração arroxeada.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ultrassonografia ou tomografia nos casos de rânula mergulhante.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Ruptura espontânea e dificuldade de deglutição.
- **TRATAMENTO:** Marsupialização e enucleação.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Linfangioma, cisto dermoide e hemangioma.

## ANEXO 40: REFLUXO GASTROESOFÁGICO

- **CID:** K21.0 — Doença de refluxo gastroesofágico com esofagite; K21.9 — Doença de refluxo gastroesofágico sem esofagite.
- **DEFINIÇÃO:** O refluxo gastroesofágico é uma entidade muito comum na infância. Na maioria dos casos são assintomáticos, e mais de 90% resolvem espontaneamente. Os pacientes que persistem com vômitos recorrentes, perda de peso ou falência do ganho ponderal, sem melhora com o tratamento clínico inicial, devem ser encaminhados ao especialista para avaliação de necessidade de correção cirúrgica do refluxo. O novo paradigma é que pacientes que precisam de gastrostomia alimentar não necessitam de cirurgia antirrefluxo concomitante.
- **DIAGNÓSTICO:** Clínico na falência do tratamento.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Seriografia esôfago-estômago-duodeno, pHmetria de esôfago, endoscopia digestiva alta com biopsia.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Perda de peso, esofagite e estenose de esôfago.
- **TRATAMENTO:** Funduplicatura gástrica.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Estenose hipertrófica do piloro e gastroenterites agudas.

## ANEXO 41: REFLUXO VESICoureTERAL

- **CID:** N13.7 — Uropatia associada a refluxo vesicoureteral; N13.8 — Outras uropatias obstrutivas e por refluxo; N13.9 — Uropatia obstrutiva e por refluxo não especificada; Q62.7 — Refluxo vesicoureterorenal congênito.
- **SINONÍMIA:** Dilatação dos rins.
- **DEFINIÇÃO:** É a passagem retrógrada de urina da bexiga para os ureteres, podendo ser primária decorrente de uma junção ureterovesical anormal ou secundária à pressão elevada da bexiga. É uma das principais causas de hidronefrose detectadas no pré-natal e infecção urinária febril. Os refluxos de grau baixo podem ter resolução espontânea.
- **DIAGNÓSTICO:** Ultrassonografia de rins e vias urinárias e uretrocistografia miccional.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** A depender se o refluxo é primário ou secundário.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Infecção urinária e perda de função renal.
- **TRATAMENTO:** A depender da causa e grau do refluxo, podendo ser conservador ou cirúrgico.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Válvula de uretral posterior e bexiga neurogênica.

## ANEXO 42: SINÉQUIA VULVAR

- **CID:** Q52.5 — Fusão dos lábios vulvares.
- **SINONÍMIA:** Vagina fechada, aderência dos pequenos lábios.
- **DEFINIÇÃO:** É a fusão dos pequenos lábios vulvares pela baixa de estrogênio durante a infância, sendo o tecido unido delgado. O grau de fusão pode ser variável, podendo, inclusive, não ser possível a identificação do introito vaginal e uretra. Normalmente é assintomática e tem resolução espontânea com o aumento do estrogênio para entrada na puberdade.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Desnecessário.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Retenção urinária, infecção urinária e dermatite local, perda urinária após micção.
- **TRATAMENTO:** Indicado nos casos sintomáticos com corticoide local, inicialmente.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Genitália ambígua.

## ANEXO 43: TESTÍCULO NÃO DESCIDO

- **CID:** Q53.0 — Testículos ectópicos; Q53.1 — Testículo não descido unilateral; Q53.2 — Testículo não descido bilateral; Q53.9 — Testículo não descido, não especificado.
- **SINONÍMIA:** “Bolinha fora do lugar”, “saco vazio”, criptorquidia, testículo impalpável, testículo ectópico, distopia testicular.
- **DEFINIÇÃO:** É o posicionamento do testículo fora da bolsa escrotal. Embriologicamente, o testículo se desenvolve na região intra-abdominal, e no final da gestação inicia a migração para região escrotal. Espera-se que o testículo esteja na sua posição definitiva aos 6 meses de idade. Se o testículo não se encontra na bolsa escrotal, é mandatória a avaliação da localização e o tratamento definitivo. A partir dessa idade, já começa a ocorrer alterações histológicas que influenciam na fertilidade e no risco de neoplasias. A alteração do posicionamento do testículo pode ser unilateral ou bilateral. No caso de bilateralidade, é importante lembrar do diagnóstico diferencial de genitália ambígua (testículos não palpáveis bilateralmente, testículo não palpável unilateral associado à alteração peniana), devendo ser realizado encaminhamento com prioridade vermelha.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico, que deve ser realizado com o paciente relaxado e em ambiente com temperatura agradável. O frio favorece o reflexo cremastérico, fazendo a retração tanto do testículo como da bolsa escrotal. Em pacientes com pênis adiposo proeminente, pode ser difícil a avaliação.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Desnecessário.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Atrofia testicular, infertilidade, neoplasia, torção testicular.
- **TRATAMENTO:** Orquidopexia.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Genitália ambígua, testículo retrátil.

## ANEXO 44: TESTÍCULO RETRÁTIL

- **CID:** N51.1 — Transtornos do testículo e do epidídimo em doenças classificadas em outra parte.
- **SINONÍMIA:** “Bolinha fora do lugar”.
- **DEFINIÇÃO:** É o testículo que migrou para a bolsa escrotal, porém ascende para região inguinal devido à contração cremastérica exacerbada. Geralmente a bolsa escrotal é bem desenvolvida. Em alguns casos, só ficam permanentemente na bolsa escrotal na puberdade devido ao desenvolvimento testicular.



- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico com a realização da seguinte manobra: palpar o testículo e trazê-lo a bolsa escrotal. Mantê-lo tracionado por 1 minuto, para fatigar o cremaster. Se ele se mantiver na bolsa, trata-se de um testículo retrátil.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Desnecessário.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Criptorquidia adquirida.
- **TRATAMENTO:** Sem indicação de tratamento cirúrgico.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Criptorquidia.

## ANEXO 45: TORCICOLO CONGÊNITO

- **CID:** Q68.0 — Deformidade congênita do músculo esternocleidomastoideo.
- **SINONÍMIA:** Cabeça torta.
- **DEFINIÇÃO:** Decorre do processo de fibrose no músculo esternocleidomastoideo, levando ao encurtamento do mesmo, causando restrição da movimentação da cabeça do bebê. Há flexão do pescoço para o lado da lesão e a cabeça roda para o lado contralateral. Geralmente é notado entre 6 e 8 semanas de vida.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Radiografia cervical e ultrassonografia de cervical.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Plagiocefalia.
- **TRATAMENTO:** Orientação de posicionamento e fisioterapia motora. A cirurgia é indicada quando não há correção da alteração até 1 ano de idade.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hematoma cervical, cisto branquial, síndrome de Sandifer, síndrome de Klippel-Feil e fusão atlanto-occipital.

## ANEXO 46: ÚRACO

- **CID:** Q64.4 — Malformação do úraco.
- **DEFINIÇÃO:** É um remanescente embrionário localizado desde o ápice da bexiga até a cicatriz umbilical. Quando se comunica com o meio externo é denominado persistência, e não havendo comunicação é uma formação cística. A apresentação é variável, desde drenagem de secreção clara (urina) pela cicatriz umbilical até massa abdominal palpável. Pode ser causa de dor abdominal.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico e ultrassonografia abdominal.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Fistulografia ou tomografia de abdome e pelve.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Infecção local e abdome agudo.

- **TRATAMENTO:** Ressecção cirúrgica.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Granuloma umbilical e granuloma piogênica.

## ANEXO 47: VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR

- **CID:** Q64.2 — Válvulas uretrais posteriores congênitas.
- **SINONÍMIA:** Válvula de Uretra Posterior (VUP).
- **DEFINIÇÃO:** É uma alteração congênita que acomete crianças do sexo masculino, em que há uma membrana na uretra posterior dificultando a passagem da urina da bexiga para uretra. O grau de obstrução é variável, podendo ser suspeitada no pré-natal ou diagnosticada tardiamente, quando já há comprometimento renal. Na ultrassonografia é comum o achado de ureterohidronefrose bilateral com bexiga pequena e de paredes espessadas.
- **DIAGNÓSTICO:** Anamnese e exames complementares.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ultrassonografia renal e das vias urinárias e uretrocistografia miccional.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Infecção urinária de repetição, retenção urinária e insuficiência renal.
- **TRATAMENTO:** Vesicostomia (temporária) e fulguração de válvula de uretra posterior (definitivo).
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Bexiga neurogênica e válvula de uretra anterior

## ANEXO 48: VARICOCELE

- **CID:** I86.1 — Varizes escrotais.
- **SINONÍMIA:** Varizes do escroto ou do testículo.
- **DEFINIÇÃO:** É a dilatação anormal das veias testiculares formando cordão varicoso na bolsa escrotal. Ocorre em homens jovens, iniciando na puberdade. A maioria dos casos é assintomática, só havendo indicação de intervenção em caso de sintomas como dor, oligospermia e atrofia testicular.
- **DIAGNÓSTICO:** Exame físico, havendo uma classificação:
  - Grau 0 – Subclínica, só detectada em exame de imagem;
  - Grau I – Varicocele pequena, sendo palpável apenas com aumento da pressão abdominal em manobra de valsalva;

- Grau II – Varicocele média, sendo facilmente palpável e torna-se visível à manobra de valsalva;
- Grau III – Varicocele grande, é palpável e visível.
- **EXAMES COMPLEMENTARES:** Ultrassonografia de testículos com mensuração do tamanho dos testículos e doppler.
- **COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS:** Atrofia testicular e infertilidade.
- **TRATAMENTO:** Cirúrgico nos casos sintomáticos e com complicações.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hérnia inguinal e hidrocele.





