



PROBLEMAS CIRÚRGICOS COMUNS NO CONSULTÓRIO PEDIÁTRICO

PATOLOGIAS BRANQUIAIS

ANOMALIAS DA PRIMEIRA FENDA BRANQUIAL

- **DEFINIÇÃO - SÃO RARAS E INCLUEM, MÁ FORMAÇÃO DO MEATO ACÚSTICO EXTERNO, FÍSTULAS QUE CONECTAM O CONDUTO AUDITIVO EXTERNO A UM ÓSTIO LOCALIZADO INFERIOR OU ANTERIORMENTE AO LÓBULO DA ORELHA E OS SEIOS E OS CISTOS QUE TAMBÉM SE MANIFESTAM NESTA REGIÃO.**
- **DIAGNÓSTICO - A CONSTATAÇÃO DO ÓSTIO NA REFERIDA LOCALIZAÇÃO.**
- **IMAGEM - ULTRASSONOGRAFIA (US), TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC) OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM).**
- **COMPLICAÇÕES - PROCESSO INFECCIOSO.**
- **TRATAMENTO CIRÚRGICO - RESSECÇÃO COMPLETA E CUIDADOSA DA LESÃO.**

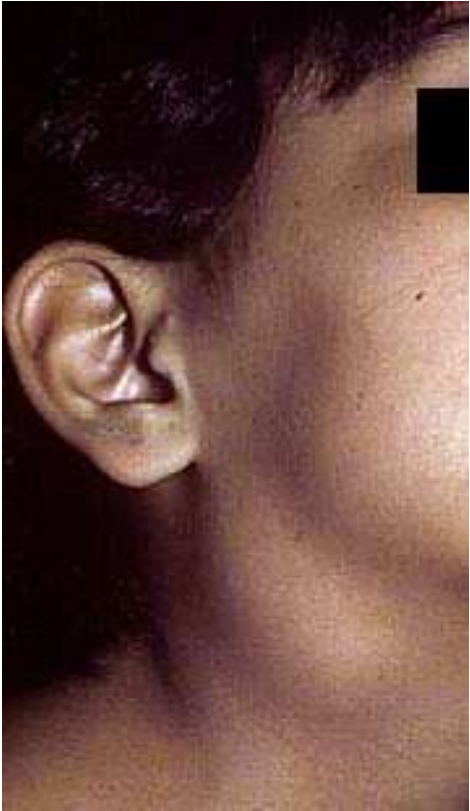
ANOMALIAS DA SEGUNDA FENDA BRANQUIAL

• DEFINIÇÃO - MAIS FREQUENTES, BILATERAIS EM 30% DOS CASOS . PODEM APRESENTAR-SE NA FORMA DE FISTULAS, SEIOS OU CISTOS E A LOCALIZAÇÃO MAIS COMUM É NA BORDA EXTERNA DO MÚSCULO E.C.O.M. NA PORÇÃO MEDIAL INFERIOR.

AS FISTULAS COMUNICAM-SE COM A FOSSA TONSILAR.

•DIAGNÓSTICO - PRESENÇA DO ÓSTIO FISTULOSO OU DA PALPAÇÃO DA MASSA.

•TRATAMENTO - CIRÚRGICO COM PEQUENAS INCISÕES ESCALONADAS.



CISTO TIREOGLOSSO.

- **DEFINIÇÃO - FREQUÊNCIA BEM SUPERIOR AS PATOLOGIAS BRÂNQUIAS. OCORRE PELA PERSISTÊNCIA DO DUCTO TIREOGLOSSO QUE PODE SE ESTENDE DESDE A BASE DA LÍNGUA ATE O MANÚBRIO.**
- **LOCALIZAÇÃO - 80% DOS CASOS ESTA LOCALIZADO LOGO ABAIXO DO OSSO HIÓIDE , PODENDO ESTAR ACIMA DESTA ESTRUTURA SOMENTE EM 20% DAS APRESENTAÇÕES.**

- **DIAGNOSTICO - MASSA CÍSTICA DA LINHA MEDIA CERVICAL, QUE É MÓVEL A PROTRUSÃO DA LÍNGUA OU A DEGLUTIÇÃO (SINAL PATOGNOMÔNICO).**
- **IMAGEM - ULTRA-SONOGRAFIA E A CINTIGRAFIA TIREOIDIANA.**
- **TRATAMENTO - CIRÚRGICO COM RESSECÇÃO DO CISTO E DE TODO O TRAJETO FISTULOSO ATÉ A BASE DA LÍNGUA. A RESSECÇÃO DA PORÇÃO CENTRAL DO OSSO HIÓDE É NECESSÁRIO PARA SE EVITAR AS REINCIDIVAS.**



HIGROMA

-DEFINIÇÃO- MALFORMAÇÃO DO SISTEMA LINFÁTICO . É UM LINFANGIOMA DO TRIANGULO POSTERIOR DO PESCOÇO.

-INCIDÊNCIA - PRESENTES NO NASCIMENTO EM CERCA DE 65% DOS CASOS.

-



**DIAGNÓSTICO -EXAME ULTRASSONOGRÁFICO MORFOLÓGICO
DO FETO ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

**-TRATAMENTO -CIRÚRGICO COM RESSECÇÃO TOTAL DA
MASSA OU INJEÇÃO DE SUBSTANCIAS ESCLEROSANTES NA
MASSA.**

DEFEITOS DA REGIÃO UMBILICAL E EPIGÁSTRICA

HÉRNIA UMBILICAL

DEFINIÇÃO - ÚLTIMO PONTO DE FECHAMENTO DA PAREDE ABDOMINAL. APRESENTA UM ESPAÇO NA APONEUROSE POR ONDE ATRAVESSAM AS ESTRUTURAS DO CORDÃO UMBILICAL. ESTES DOIS EVENTOS FAVORECEM O APARECIMENTO DA HÉRNIA UMBILICAL, SEM QUE SE POSSA DETERMINAR O PORQUÊ DO NÃO FECHAMENTO APONEURÓTICO NESTA REGIÃO.

INCIDÊNCIA-É UMA MALFORMAÇÃO FREQUENTE ,QUE INCIDE MAIS NA RAÇA NEGRA E NO SEXO FEMININO. MAIS COMUM EM PREMATUROS E EM RECENATOS DE BAIXO PESO.

FATORES PREDISPONENTES – INFECÇÃO DE COTO UMBILICAL, CORDÃO LARGO, AUMENTO DA PRESSÃO ABDOMINAL E DESNUTRIÇÃO,.

DIAGNÓSTICO - EXAME FÍSICO E ULTRA-SONOGRAFIA.

PROGNÓSTICO- DEFEITO APONEURÓTICO COM MENOS DE MEIO CENTÍMETRO DE DIÂMETRO TEM UMA TENDÊNCIA DE FECHAMENTO ENTRE OS DOIS E TRÊS ANOS DE IDADE, E DEFEITOS MAIORES QUE 1 A 1,5 CM DE DIÂMETRO RARAMENTE FECHAM.

TRATAMENTO – CIRÚRGICO ENTRE 2 E 3 ANOS NA MAIORIA DOS CASOS

COMPLICAÇÕES – ENCARCERAMENTO – EXTREMAMENTE RARO.



HÉRNIA EPIGÁSTRICA

- **DEFINIÇÃO PEQUENA TUMORAÇÃO DA LINHA MÉDIA DO ABDÔMEN.**
- **DIAGNÓSTICO - DIFERENTE DA HÉRNIA UMBILICAL ELA É SINTOMÁTICA E SUA PROTRUSÃO NORMALMENTE NÃO É REDUTÍVEL .**
- **ETIOLOGIA- FRAGILIDADE DAS FIBRAS QUE COMPÕEM A LINHA MEDIA DO ABDÔMEN, ORIFÍCIOS APONEURÓTICOS ONDE OS VASOS PERFURANTES MERGULHAM E PROTUSÃO DA GORDURA PRÉ-PERITONEAL**
- **TRATAMENTO - A CIRURGIA ESTA INDICADA EM HÉRNIAS SINTOMÁTICAS EM QUALQUER IDADE E APÓS 2 ANOS DE IDADE NAS ASSINTOMÁTICAS.**



PROBLEMAS CIRÚRGICOS DA REGIÃO INGUINAL

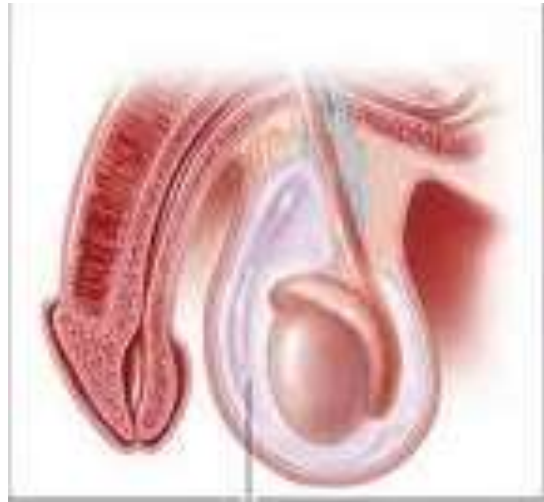
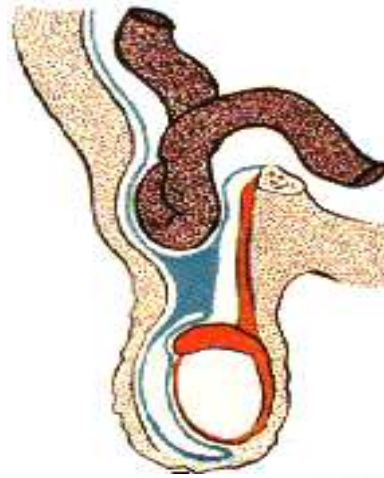
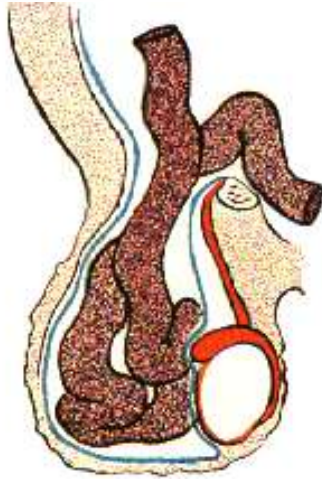
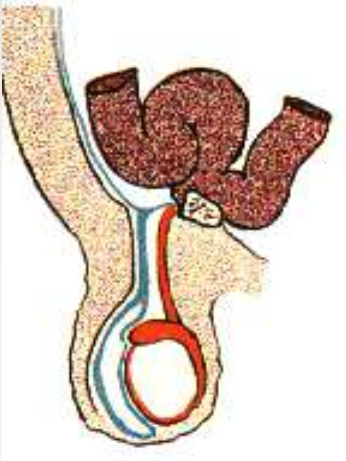
- **DEFINIÇÃO – SÃO AFECÇÕES INGUINOESCROTAIS QUE ESTÃO RELACIONADAS A MIGRAÇÃO TESTICULAR E A FIXAÇÃO DO LIGAMENTO REDONDO DO ÚTERO, E INCLUEM A HÉRNIA INGUINAL, AS HIDROCELES O CISTO DE CORDÃO, O CISTO DE NUCK E AS CRIPTORQUIAS.**

- **EMBRIOLOGIA- NO TERCEIRO MÊS DE VIDA FETAL, JÁ SE IDENTIFICA UMA EVAGINAÇÃO PERITONEO QUE SE PROJETA CRANIALMENTE EM DIREÇÃO A REGIÃO INGUINAL, FORMANDO O CONDUTO PERITONEO-VAGINAL.**

- **A MIGRAÇÃO DO TESTÍCULO NO FETO MASCULINO OCORRE NO SÉTIMO MÊS DE VIDA FETAL E ESTE DESLOCA-SE DESDE O PÓLO INFERIOR DO RIM, PENETRANDO NO CONDUTO PERITONEOVAGINAL PARA TRANSPOR A MUSCULATURA DA PAREDE ABDOMINAL ATÉ ATINGIR A BOLSA ESCROTAL. ESTE DESLOCAMENTO FAZ-SE POR ESTIMULAÇÃO DE HORMÔNIOS ANDROGÊNICOS.**

- O LIGAMENTO REDONDO É A ESTRUTURA QUE SE UTILIZA DA EVAGINAÇÃO PERITONEAL PARA CHEGAR JUNTO AOS GRANDES LÁBIOS VAGINAIS, ONDE SE FIXA.

- NOS DOIS CASOS OS DESMORFISMOS DO CANAL INGUINAL ESTÃO RELACIONADOS A NÃO ABSORÇÃO DO CONDUTO PERITONEOVAGINAL QUE DEVE ACONTECER POR TODO O TRAJETO DE DESCIDA DO TESTÍCULO, COM EXCEÇÃO DA PORÇÃO QUE ENVOLVE O TESTÍCULO (TÚNICA VAGINAL).



Hidrocele

- CLASSIFICAÇÃO

- HÉRNIA INGUINAL INDIRETA, SE FORMARÁ NA VIGÊNCIA DE UMA PERSISTÊNCIA DO CONDUTO DESDE O ABDÔMEN ATÉ A REGIÃO INGUINAL COM PASSAGEM DE CONTEÚDO VISCERAL.**

- HÉRNIA INGUINO ESCROTAL É QUANDO A PROTRUSÃO DE VÍSCERAS SE ESTENDE ATÉ A BOLSA ESCROTAL.**

- HIDROCELE SE CARACTERIZA POR UMA COMUNICAÇÃO ESTREITA POR ONDE O O LIQUIDO PERITONEAL OCUPA O CONDUTO ATÉ O ENVOLTÓRIO VAGINAL DO TESTÍCULO. O CALIBRE ESTREITO DO CONDUTO NÃO É SUFICIENTE PARA PERMITIR A PROJEÇÃO DE VÍSCERAS.**

- O CISTO DE CORDÃO NO MENINO E O CISTO DE NUCK NA MENINA OCORREM QUANDO HÁ O FECHAMENTO DO SEGMENTO PROXIMAL E DISTAL DO CONDUTO PRESERVANDO UMA FORMAÇÃO SACULAR REPLETA DE LIQUIDO PERITONEAL.



INCIDÊNCIA

- **PREVALÊNCIA GERAL DE HÉRNIA INGUINAL VARIA DE 0,8 A 4,4%, E HISTORIA FAMILIAR SERÁ RELATADA EM 11% DOS CASOS.**
- **MAIS FREQUENTE EM MENINOS EM ATÉ 9 VEZES.**
- **O LADO DIREITO É O AFETADO EM 60% DOS CASOS, LADO ESQUERDO EM 25% E BILATERALMENTE EM 15%.**
- **ACARRETA OS PREMATUROS COM MENOS DE 1000G EM UM PERCENTUAL DE 5 A 25%.**
- **EM 15% DAS CRIANÇAS PORTADORAS DE HÉRNIA INGUINAL, OCORRERÁ UM EPISÓDIO DE ENCARCERAMENTO, SENDO 70% DESTAS COMPLICAÇÕES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA.**

DIAGNÓSTICO

- **EXAME FÍSICO - PALPAÇÃO DE CONTEÚDO ABDOMINAL NA REGIÃO INGUINAL MEDIANTE M. VASALVA OU ESPESSAMENTO DO CORDÃO ESPERMÁTICO (SINAL DA SEDA DE GROSS).**
- **A SUSPEIÇÃO DA MÃE QUE VIU UM ABAULAMENTO NA REGIÃO É DE SUMA IMPORTÂNCIA E DEVE SER VALORIZADO.**
- **A HIDROCELE E O CISTO DE CORDÃO/NUCK SE CARACTERIZAM POR APRESENTAREM COMO UMA COLEÇÃO CÍSTICA . A TRANS ILUMINAÇÃO É ESCLARECEDORA.**

TRATAMENTO

ELETIVO

- É SEMPRE CIRÚRGICO E É ACOMPANHADO DE UMA BAIXA TAXA DE MORBIDADE E MORTALIDADE .**
- OS RECÉM-NASCIDOS COM HÉRNIA INGUINAL , DEVEM SER OPERADOS ANTES DA ALTA HOSPITALAR.**
- A EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA CONTRA LATERAL EM CRIANÇAS COM HÉRNIA INGUINAL É CONTROVERSA.**
- A HIDROCELE SÓ DEVE SER CORRIGIDA APÓS O DÉCIMO SEGUNDO MÊS DE VIDA, POIS PODERÁ OCORRER NESTE PERÍODO A ABSORÇÃO DO LIQUIDO PERITONEAL RETIDO.**

URGENTE

- **O ENCARCERAMENTO HERNIÁRIO CONSISTE NO APRISIONAMENTO DA VÍSCERA PROJETADA NO CANAL INGUINAL COM CONSEQUENTE ISQUEMIA, NECROSE E PERFURAÇÃO.**
- **A PRESENÇA DE TUMORAÇÃO INGUINAL IRREDUTÍVEL APRESENTANDO SINAIS FLOGÍSTICOS OU NÃO, QUE É ACOMPANHADA DE CHORO PERSISTENTE, DISTENSÃO ABDOMINAL, RECUSA ALIMENTAR, VÔMITOS, E PARADA DE ELIMINAÇÃO DE GASES E FEZES É INDICATIVO DE ENCARCERAMENTO HERNIÁRIO.**

- **A MELHOR CONDOTA FRENTE AO ENCARCERAMENTO É TENTAR REDUZIR O CONTEÚDO HERNIÁRIO E CORRIGIR ELETIVAMENTE A HÉRNIA.**
- **A REDUÇÃO INCRUENTA É FACTÍVEL NA GRANDE MAIORIA DOS CASOS E PODE SER FEITA SOB SEDAÇÃO LEVE .**
- **O TESTÍCULO PODE SOFRER ISQUEMIA POR COMPRESSÃO DE SEUS VASOS NO TRAJETO INGUINAL E DEVEM SER INSPECIONADOS DURANTE A CIRURGIA.**

CRIPTORQUIDIA

DEFINIÇÃO - AS DISTOPIAS TESTICULARES SÃO CARACTERIZADAS POR UM POSICIONAMENTO ANÔNALO DOS TESTÍCULOS, QUE NÃO SE ENCONTRAM ALBERGADOS NA BOLSA ESCROTAL.

CLASSIFICAÇÃO - CRIPTORQUIA É QUANDO O TESTÍCULO SE INSTALA EM UM PONTO DE SEU TRAJETO ORIGINAL, FORA DO ESCROTO.

- ECTOPIA TESTICULAR É QUANDO O TESTÍCULO É LEVADO PARA FORA DO SEU TRAJETO NORMAL E PODE VARIAR DESDE A REGIÃO CRURAL ATÉ A BASE DO PÊNIS.

- TESTÍCULO RETRÁTIL SE CARACTERIZA PELA SUBIDA INTERMITENTE ATÉ O CANAL INGUINAL DE UM TESTÍCULO JÁ DESCIDO, MEDIANTE UM ESTIMULO TÁTIL OU TÉRMICO .

ETIOLOGIA

-A MIGRAÇÃO DO TESTÍCULO DESDE A CAVIDADE ABDOMINAL ATÉ A BOLSA ESCROTAL ESTA RELACIONADA AO BOM FUNCIONAMENTO DO EIXO HIPOTÁLAMO-HIPOFISÁRIO-TESTICULAR E DE ALGUNS FATORES MECÂNICOS.

- VÁRIOS PROBLEMAS LOCAIS COMO: MÁ FIXAÇÃO DO EPIDÍDIMO AO GT, VASOS TESTICULARES E DUCTO DEFERENTE CURTO, AUMENTO DA PRESSÃO ABDOMINAL .

INCIDÊNCIA

- **É MAIS FREQUENTE NO LADO DIREITO (2/1) E HÁ BILATERALIDADE EM 10 A 25% DOS CASOS.**
- **A OCORRÊNCIA ENTRE FAMILIARES É OBSERVADA EM ATÉ 15% DOS CASOS DIAGNOSTICADOS.**
- **EM 4% DAS CRIANÇAS QUE TEM CRIPTORQUIA UNILATERAL, ESTE TESTÍCULO NÃO EXISTIRÁ (MONORQUIA) E EM 0,6% DAS CRIPTORQUIAS BILATERAIS NENHUM TESTÍCULO SERÁ LOCALIZADO (ANORQUIA).**

CLASSIFICAÇÃO

CRIPTORQUIA:

INTRA-ABDOMINAL – PARA DENTRO DO ORIFÍCIO INGUINAL INTERNO.

CANALICULAR – ENTRE OS ANÉIS INGUINAIS INTERNOS E EXTERNOS.

EMERGENTE – CONTÍGUO AO ANEL INGUINAL EXTERNO, FORA DO CANAL.

SUPRA-ESCROTAL - SITUADO NA RAIZ DA BOLSA ESCROTAL, PODE SER CONFUNDIDO COM TESTÍCULO RETRÁTIL.

ECTOPIA:

BOLSA INGUINAL SUPERFICIAL – ACIMA DA APONEUROSE DO MÚSCULO OBLIQUO EXTERNO.

PRÉ-PÚBICO – EM REGIÃO PUBIANA.

CRURAL – NORMALMENTE EM RAIZ DA COXA.

ECTOPIA TRANSVERSA - DIRIGI-SE A POSIÇÃO CONTRA LATERAL.

criptorquia

ectopia

abdominal

pré púbico

canalicular

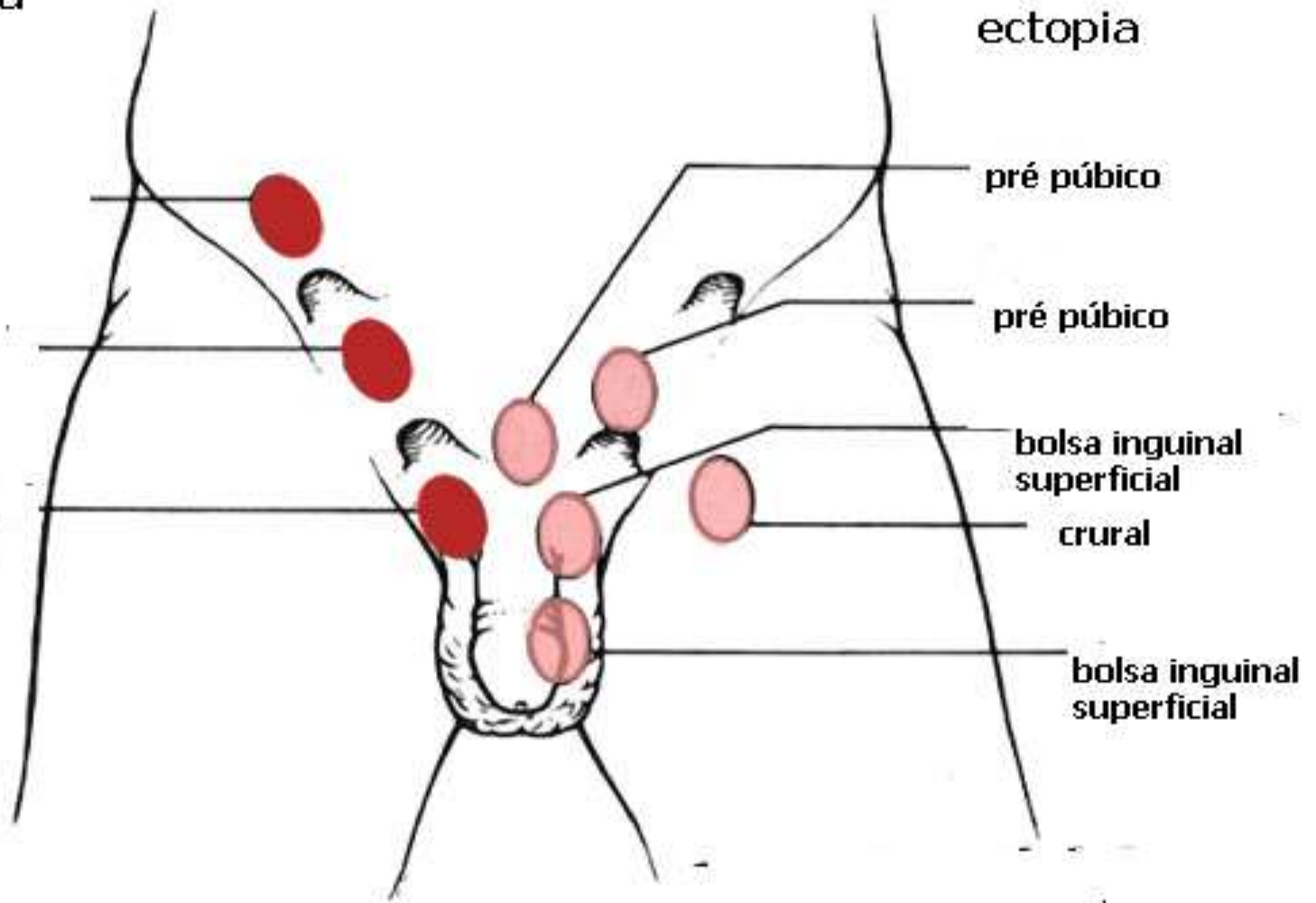
pré púbico

emergente ou supra escrotal

bolsa inguinal superficial

crural

bolsa inguinal superficial



QUADRO CLÍNICO

A HISTORIA CLINICA É DE SUMA IMPORTÂNCIA PARA QUE SE POSSA ESTABELEECER SE A AUSÊNCIA DE GÔNADAS NA BOLSA ESCROTAL FOI NOTADA DESDE O NASCIMENTO, SE O TESTÍCULO JÁ FOI PALPADO POR ALGUM PERÍODO NO SÍTIO CORRETO OU SE HÁ ALTERNÂNCIA NA POSIÇÃO TESTICULAR.

A PRESENÇA DE MASSAS REDUTÍVEIS INGUINAIS E DE TUMORAÇÕES CRURAS OU PERINEAIS.

NO EXAME FÍSICO, DURANTE A INSPEÇÃO OBSERVA-SE UM ESCROTO VAZIO OU POUCO DESENVOLVIDO, ALGUMAS VEZES COM DIFERENÇA ENTRE AS PREGAS DA PELE ESCROTAL EM COMPARAÇÃO COM A HEMIBOLSA CONTRA LATERAL.

AS TUMORAÇÕES HERNIÁRIAS E PROVENIENTES DAS ECTOPIAS PODEM TAMBÉM SER VISUALIZADAS.

A PALPAÇÃO DA BOLSA ESCROTAL NÃO DEVE SER FEITA EM LUGAR FRIO E SEMPRE APÓS FRICÇÃO DA MÃO DO EXAMINADOR, PARA QUE NÃO HAJA ESTIMULAÇÃO CREMASTERICA.

COM A CRIANÇA EM DECÚBITO DORSAL A BOLSA ESCROTAL E AS REGIÕES INGUINAIS E CRURAS DEVEM SER PALPADAS A PROCURA DE TUMORAÇÕES COMPATÍVEIS COM A PRESENÇA DO TESTÍCULO.

QUANDO PALPADO NO CANAL INGUINAL OU NA RAIZ DA BOLSA ESTE DEVE SER “ORDENHADO” PARA A BOLSA ESCROTAL, COM O INTUITO DE ESTABELEECER A POSSIBILIDADE DE DESCIDA DA GÔNADA ATÉ O FUNDO DA BOLSA .

QUANDO O TESTÍCULO NÃO É PALPADO DEVE-SE COLOCAR O PACIENTE EM POSIÇÃO AGACHADA E PROCEDER O EXAME NOVAMENTE, POIS ALGUNS TESTÍCULOS ALTOS PODEM INSINUAR-SE PARA DENTRO DO CANAL INGUINAL E SEREM TRACIONADOS PARA BAIXO.

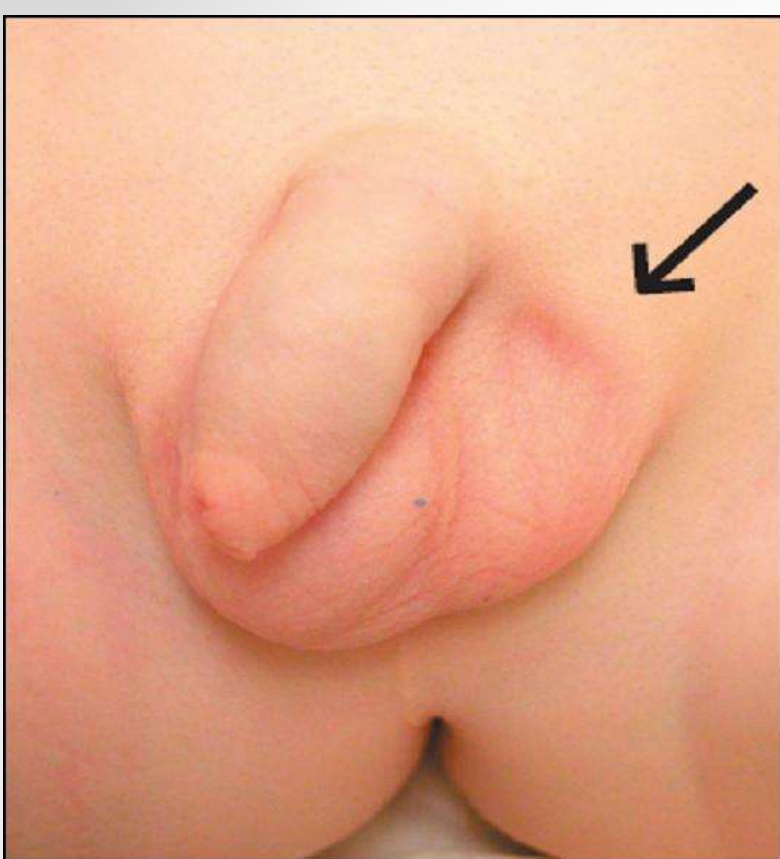
DIAGNÓSTICO.

AS MAIORIAS DOS CASOS SÃO RESOLVIDOS PELA HISTORIA E PELO EXAME FÍSICO.

QUANDO UM TESTÍCULO É IMPALPÁVEL, DEVEM SER UTILIZADOS OS EXAMES POR IMAGEM COMO A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, A TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E A ULTRA-SONOGRAFIA QUE NÃO APRESENTAM RESULTADOS EXPRESSIVOS NA LOCALIZAÇÃO DO TESTÍCULO.

O MÉTODO MAIS FIDEDIGNO PARA OS TESTÍCULOS EM CANAL INGUINAL É A ULTRA-SONOGRAFIA COM DOPPLER.

A VÍDEO LAPAROSCOPIA É A CONDUTA MAIS EFICAZ PARA DETECTAR TESTÍCULOS ABDOMINAIS QUE PODEM SER TRATADOS TAMBÉM POR ESTE PROCEDIMENTO EM ALGUNS CASOS.



TRATAMENTO

A NECESSIDADE DE CORREÇÃO DA CRIPTORQUIA SE FAZ POR VÁRIOS FATORES:

•A INFERTILIDADE É UMA PROBABILIDADE PRESENTE, JÁ QUE EM ESTUDOS RECENTES EVIDENCIOU-SE QUE OS TESTÍCULOS CONTRA LATERAIS AOS CRIPTORQUÍDICOS APRESENTAM ALTERAÇÕES HISTOLÓGICAS SEMELHANTES E EM MENOR GRAU.

•EM ESTUDOS PROSPECTIVOS FOI RELATADO QUE QUANDO O TESTÍCULO PRÉ PÚBERE APRESENTA DIMINUIÇÃO DE CÉLULAS GERMINATIVAS A ESPERMATOGÊNESE ESTARÁ PREJUDICADA NA FASE ADULTA E QUE 28% DOS PACIENTES COM CRIPTORQUIA UNILATERAL APRESENTAVAM ESPERMOGRAMA ALTERADOS E QUE NA CRIPTORQUIA BILATERAL ESTA INCIDÊNCIA SOBE PARA 100% COM 77% DE CASOS DE AZOSPERMIA.

•A TORÇÃO DO TESTÍCULO CRIPTORQUIDICO É MAIS COMUM E MUITO GRAVE, POIS PROPICIA AO DIAGNÓSTICO TARDIO.

•DISTÚRBIOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS SÃO COMUNS NESTAS CRIANÇAS.

•O RISCO RELATIVO DE MALIGNIDADE É 3 A 10 VEZES MAIOR, E NÃO CESSA COM A REPOSIÇÃO DO TESTÍCULO NA BOLSA, MAS PROPORCIONANDO MAIOR FACILIDADE DE UM DIAGNOSTICO PRECOCE.

HORMONAL

É CONTROVERSO E O INTUITO É ESTIMULAR O EIXO HIPOTÁLAMO-HIPOFISÁRIO-TESTICULAR.

UTILIZA-SE A GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG) EM DOSE DE 50UI/KG/DOSE IM, DUAS VEZES POR SEMANA POR TRÊS OU QUATRO SEMANAS.

EM CRIANÇAS MENORES DE 3 ANOS PODE ACARRETAR APOPTOSE DE CÉLULAS GERMINATIVAS E SÓ ESTA INDICADA EM CRIPTORQUIA BILATERAL E PARA DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE TESTÍCULOS CRIPTORQUIDICOS LOCALIZADOS EM RAIZ DA BOLSA E TESTÍCULOS RETRÁTEIS.

CIRÚRGICO

A ORQUIPEXIA DEVE SER INDICADA ENTRE OS SEIS MESES E UM ANO DE IDADE, SALVO QUANDO EXISTE UMA HÉRNIA INGUINAL SINTOMÁTICA ASSOCIADA.

O OBJETIVO DA CIRURGIA É TRAZER O TESTÍCULO ATÉ A BOLSA ESCROTAL E FIXÁ-LO EM NEOBOLSA DE DARTO, MANTENDO UMA VASCULARIZAÇÃO SATISFATÓRIA.

OS TESTÍCULOS IMPALPÁVEIS, QUANDO ABORDADOS PELA REGIÃO INGUINAL, PODEM EXIGIR UMA EXTENSÃO DO ACESSO CIRÚRGICO, COM O INTUITO DA LOCALIZAÇÃO DESTES NO RETRO PERITÔNIO.

A VÍDEO LAPAROSCOPIA NESTES CASOS, PODE PROPORCIONAR UMA INVESTIGAÇÃO MAIS SEGURA E A POSSIBILIDADE DE ABAIXAMENTO DO TESTÍCULO POR LIGADURA ALTA DO PLEXO VASCULAR COMBINADA COM A INGUINOTOMIA.

A MONORQUIA E A ANORQUIA DEVEM SER TRATADAS ESTETICAMENTE COM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TESTICULAR.

ESCROTO AGUDO

É UMA ENTIDADE CLINICA QUE COMPREENDE DOR, CALOR, RUBOR E TURGOR DA BOLSA ESCROTAL E QUE PODE SER ACOMPANHADA DE FEBRE, NÁUSEAS E VÔMITOS.

ENTRE AS PATOLOGIAS QUE ACARRETAM ESTES SINTOMAS TEMOS:

A TORÇÃO DO TESTÍCULO (29%),

A TORÇÃO DOS APÊNDICES TESTICULARES (58%)

E AS ORQUIEPIDIDIMITES (13%).

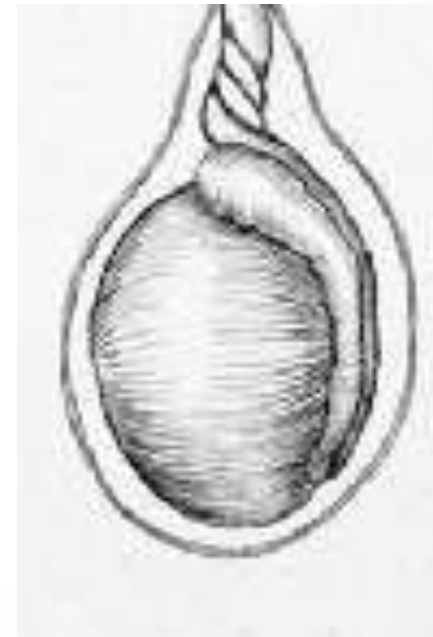
O TRATAMENTO CIRÚRGICO EXPLORATÓRIO É EMINENTE QUANDO NÃO SE PODE ESTABELECEER COM PRECISÃO A CAUSA DOS SINTOMAS, JÁ QUE O DANO ESPERMATOGÊNICO COSTUMA OCORRER ENTRE 6 E 24 H DO INICIO DO QUADRO.



TORÇÃO TESTICULAR

OCASIONADA PELA TORÇÃO DAS ESTRUTURAS DO CORDÃO ESPERMÁTICO EM TORNO DO SEU PRÓPRIO EIXO PRODUZINDO A OCLUSÃO DO FLUXO SANGUÍNEO TESTICULAR.

PODEM SER EXTRA OU INTRA VAGINAL:



QUADRO CLÍNICO

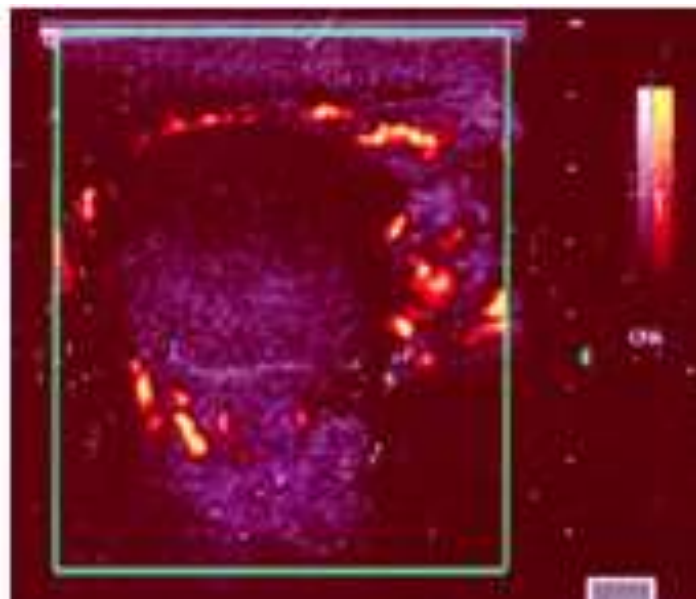
A DOR É SÚBITA E GRADUAL, PODENDO ESTAR PRESENTE FEBRE, NÁUSEAS E VÔMITOS. PODE ESTAR ASSOCIADO A TRAUMA OU ESFORÇOS FÍSICOS SÚBITOS.

A HEMIBOLSA ACOMETIDA ESTA BASTANTE EDEMACIADA ERITEMATOSA E QUENTE, A PALPAÇÃO TESTICULAR É EXTREMAMENTE DOLOROSA E NOTA-SE O AUMENTO DO TAMANHO E DA CONSISTÊNCIA DO TESTÍCULO.

O TESTÍCULO PODE ESTAR ELEVADO E EM UMA POSIÇÃO TRANSVERSAL E A PALPAÇÃO DO CORDÃO É DOLOROSA

DIAGNOSTICO

A ULTRA-SONOGRAFIA (US) COM DOPPLER COLORIDO DEMONSTRA ÁREAS DE HIPOFLUXO OU AUSÊNCIA DE VASCULARIZAÇÃO.



TORÇÃO DE APÊNDICE TESTICULAR E DO EPIDÍDIMO

O APÊNDICE TESTICULAR É UM REMANESCENTE DO DUCTO MULLERIANO, E O DO EPIDÍDIMO É UM RESTO EMBRIONÁRIO DO DUCTO DE WOLFF. ELES SÃO PEDICULADOS, EM FORMA DE GOTA E ESTÃO PRESENTES NO TESTÍCULO EM 92% DOS CASOS E NO EPIDÍDIMO EM 23%.

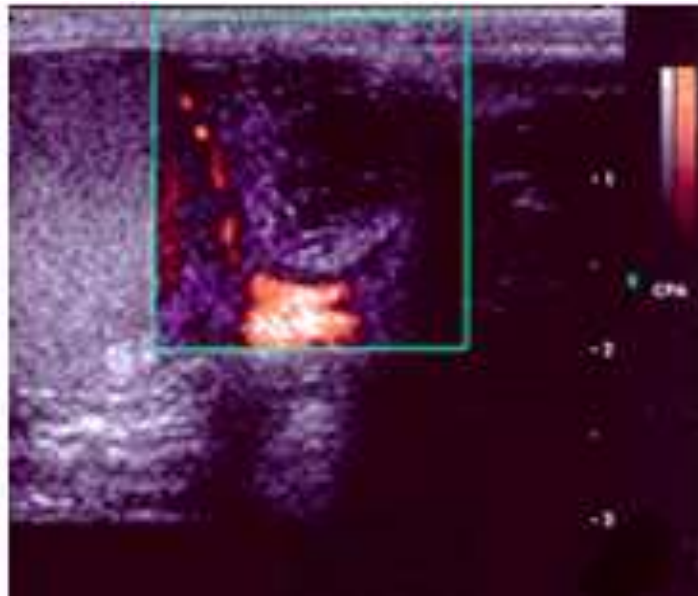
QUADRO CLÍNICO

OS SINTOMAS SÃO MAIS BRANDOS QUE NA TORÇÃO TESTICULAR, A REAÇÃO FLOGÍSTICA LOCAL É MENOS INTENSA ..

A TRANSILUMINAÇÃO DEMONSTRA DISCRETA HIDROCELE REACIONAL E TUMORAÇÃO ESCURA (SOMBRA) E ARREDONDADA JUNTO AO TESTÍCULO.

DIAGNÓSTICO

A ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER EVIDENCIA HIPOFLUXO OU AUSÊNCIA DE VASCULARIZAÇÃO NA MASSA EXTRA TESTICULAR .



EPIDIDIMITE E ORQUITE

É O PROCESSO INFECCIOSO DO EPIDÍDIMO E DO TESTÍCULO, QUE NORMALMENTE ESTÃO ASSOCIADOS E É CAUSADO POR VÍRUS OU BACTÉRIAS.

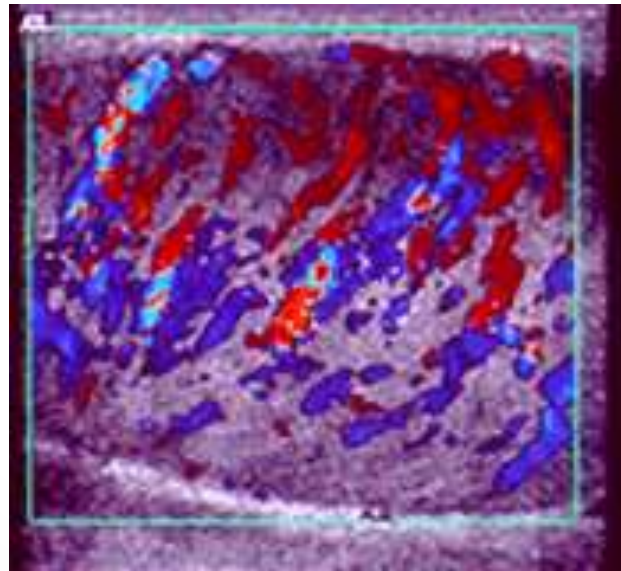
QUADRO CLÍNICO

PODE HAVER FEBRE E SINTOMAS URINÁRIOS COMO: DISURIA, ESTRANGURIA E URGÊNCIA MICCIONAL. A ELEVAÇÃO DA BOLSA ESCROTAL MELHORA OS SINTOMAS ÁLGICOS (SINAL DE PREHN).

DIAGNOSTICO

O EXAME DE URINA PODE EVIDENCIAR PIURIA E O HEMOGRAMA LEUCOCITOSE COM DESVIO PARA A ESQUERDA.

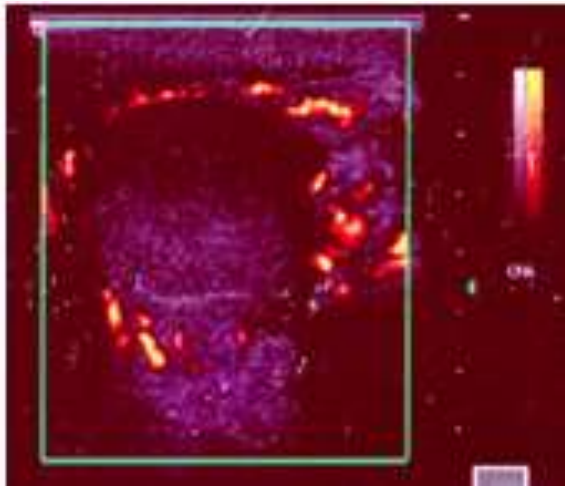
A ULTRA-SONOGRAFIA COM DOPPLER MOSTRA AUMENTO DA VASCULARIZAÇÃO .

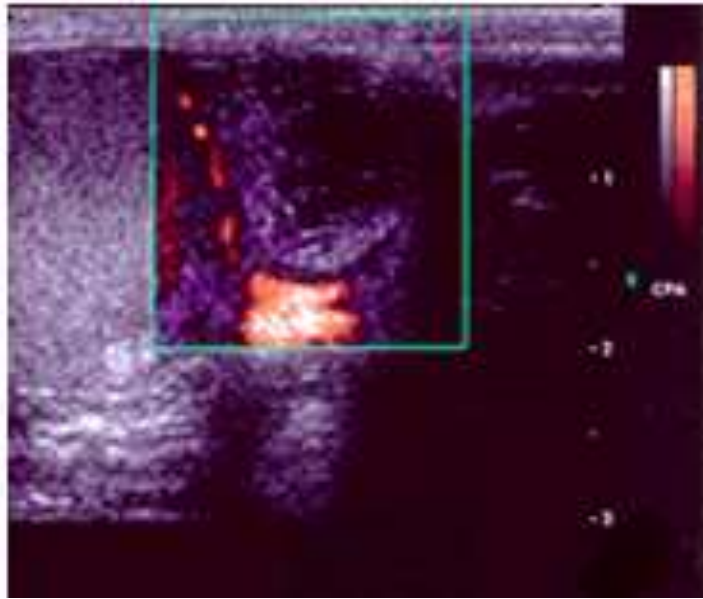


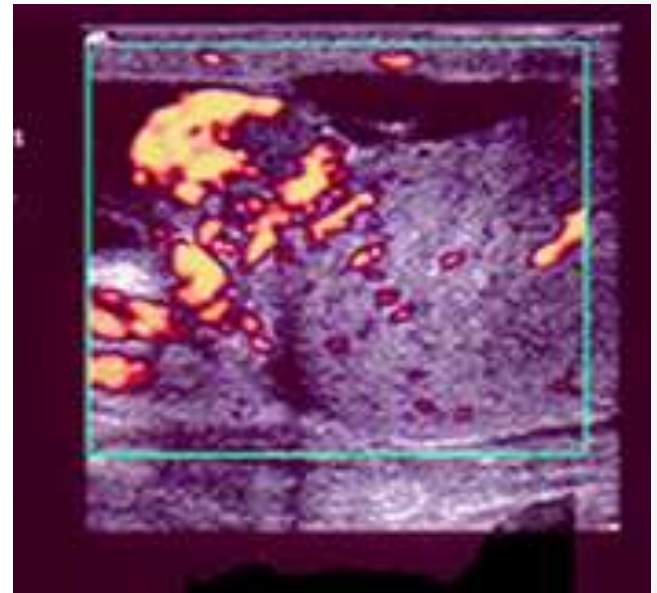
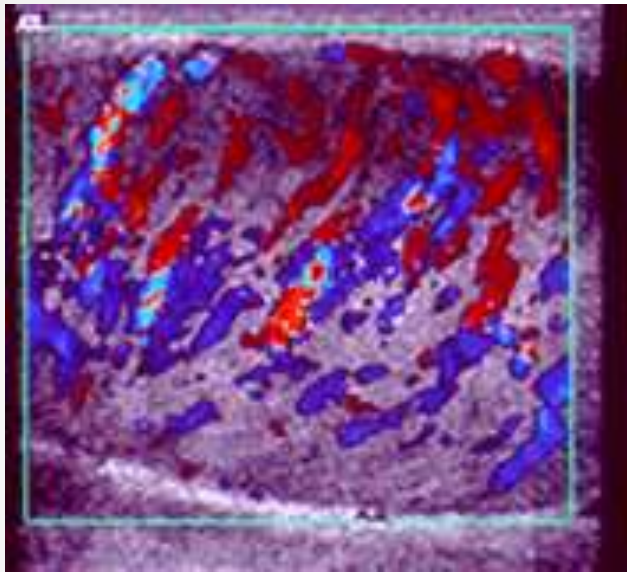
TRATAMENTO

ESTA INDICADA A EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DE EMERGÊNCIA DA BOLSA ESCROTAL, EM TODOS OS CASOS QUE A SINTOMATOLOGIA INICIOU EM MENOS DE 24 H E NÃO SE PODE ATESTAR COM SEGURANÇA QUE NÃO SE TRATA DE UMA TORÇÃO TESTICULAR.

É DE CONSENSO QUE A DUVIDA DIAGNOSTICA HABILITA O CIRURGIÃO A PROCEDER A EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA.







FIMOSE

A POSTECTOMIA É O PROCEDIMENTO MAIS EXECUTADO EM MENINOS, E A SUA INCIDÊNCIA ESTA INTIMAMENTE RELACIONADA A FATORES CULTURAS, RELIGIOSOS E ATÉ MESMO SOCIAIS.

DIAGNÓSTICO;

EXISTE A FIMOSE QUANDO SE EVIDENCIA UM ANEL ESTENÓTICO NA PORÇÃO DISTAL DO PREPÚCIO, QUE IMPEDE TOTALMENTE OU PARCIALMENTE A LIVRE EXPOSIÇÃO DA GLANDE.



ÀS CUSTAS DE UM ESFORÇO IMPORTANTE NA RETRAÇÃO DO PREPÚCIO, QUE CAUSA DOR E PEQUENAS FISSURAS RADIAIS DE PELE QUE CICATRIZAM DE FORMA CONCÊNTRICA AUMENTANDO AINDA MAIS O GRAU DE ESTREITAMENTO.



A BALANITE XERÓTICA OBLITERANTE É UMA DOENÇA INFILTRATIVA DO PREPÚCIO QUE CAUSA ESTENOSE PREPUCIAL ADQUIRIDA.



**TRATAMENTO:
POSTECTOMIA**



PARAFIMOSE

É QUANDO HÁ ESTRANGULAMENTO DA GLANDE POR UM ESTREITAMENTO PREPUCIAL



HIPOSPÁDIA

É UMA MALFORMAÇÃO CONGÊNITA QUE SE CARACTERIZA POR UMA ECTOPIA DO MEATO URETRAL , REDUNDÂNCIA DE PREPÚCIO HIPOPLÁSICO NA PORÇÃO VENTRAL E ENCURVAMENTO VENTRAL DO PÊNIS (CHORDEE).



CLASSIFICAÇÃO

- GLANDAR

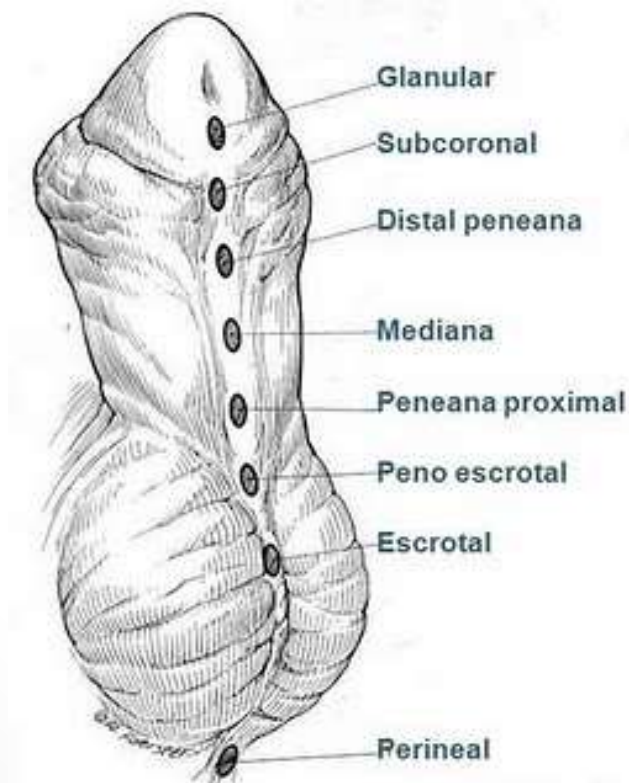
- PENIANA DISTAL E MÉDIA PENIANA
ESCROTAL

- ESCROTAL

- BALÂNICA

- PENO

- PERINEAL



TRATAMENTO CIRÚRGICO:

-TODO O TRATAMENTO DEVE SE POSSÍVEL SER FINALIZADO ATÉ OS DOIS ANOS DE IDADE E PODE SER COMEÇADO A PARTIR DOS 6 MESES DE IDADE SE HOVER TAMANHO DE PÊNIS QUE NÃO COMPROMETA O SUCESSO DO PROCEDIMENTO.

-ALGUMAS VEZES É PRECISO ADMINISTRAR TESTOSTERONA EM MENINOS COM PENIS MUITO PEQUENO, FACILITANDO ASSIM O MANUSEIO E A DISSECÇÃO DOS TECIDOS.

-OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS :

O PÊNIS DEVE FICAR RETIFICADO DURANTE A EREÇÃO

O MEATO TEM QUE ESTAR O MAIS DISTAL NA GLANDE PROPORCIONANDO UM JATO URINÁRIO DE BOM CALIBRE E FRONTAL

O ASPECTO ESTÉTICO TEM QUE SER O MAIS PRÓXIMO DO NORMAL.



gilbertoateixeira@globo.com