

CIRURGIA PEDIÁTRICA da CABEÇA e PESCOÇO

Afeções prevalentes

LINFADENITES CERVICAIS CRÔNICAS

Definição – Aumento de volume dos gânglios linfáticos.

Epidemiologia

Aproximadamente 300 gânglios (30% de todos nossos linfonodos) situam-se na cabeça e pescoço. E, praticamente, todas as crianças nalgum momento de sua infância terão uma benigna Hiperplasia Linfóide Inespecífica cervical ou submandibular, secundária a infecções naso-orofaríngeas.

Etiopatogênia - muito variada (de vírus, bactérias, fungos, parasitas à neoplasias).

- Hiperplasia linfóide inespecífica (+ comum e > nas viroses respiratórias)
- Linfadenite aguda supurativa (*Streptococcus hemolyticus* e *Staphylococcus aureus*)
- Linfadenite tuberculosa ou por micobactérias atípicas
- Doença da arranhadura do gato ("Cat-scratch disease" por bactérias do genero *Rochalimaea*) -> início 3-5 dias após arranhadura, involui em até 90 dias, mas supura e tem febre em 25 %
- Paracoccidiomicose (Blastomicose sul-americana)
- **Linfomas de Hodgkin** e não-Hodgkin
- Neuroblastoma
- Metástases

Manifestações clínicas

- Aumento progressivo e crônico de 1 gânglio ou de 1 massa ganglionar
- **Cadeias ganglionares cranio-cervicais**
 - Pré-auricular – drena região dos olhos e 1/2 anterior do couro cabeludo
 - Retroauricular – drena 1/2 posterior do couro cabeludo e região cervical posterior

 - Submandibular, cervical anterior e jugular – drenam boca, dentes, gengiva, faringe, nasofaringe, seios da face e cadeia pré-auricular
 - Supraclavicular e cervical posterior – drena cadeia cervical superficial mediastino, pulmões e trato digestivo superior

Diagnóstico e diagnósticos diferenciais

- Avaliar características do gânglio (**localização, tamanho, consistência, mobilidade, confluência, flutuação, sinais flogísticos, aderências**)
- **SUPERCÍLIO** de neonatos e lactentes
 - *Extremidade lateral* = **CISTO DERMÓIDE** => *exérese cirúrgica*
 - *Extremidade medial (junto ao nariz)* => *Encefalocele (?)*

- Exames complementares
 - Exames de laboratório – Hemograma, PPD, PPD-B, Mononucleose, Toxoplasmose, Rubéola, Intradermoreação para Arranhadura do gato, ...
 - Rx de tórax na suspeita de Linfadenite tuberculosa
 - Ecografia com Doppler colorido – vascularização anormal em 98% dos malignos
 - T.C. x R.M. x Biópsia por agulha fina x Exérese do gânglio

Medidas terapêuticas

- Expectante (normas abaixo)
- Antibióticoterapia + Drenagem nas formas supurativas
- Biópsia por ressecção ^{1^{aria}} do(s) gânglio(s) (Anátomo-patológico + “imprinting”)
- **Fatores indicadores de malignidade**
 - ***Idade do paciente (+) velho***
 - ***Localização supraclavicular***
 - ***Tamanho > 2 – 3 cm. de diâmetro***
 - ***Aderidos a planos profundos***
 - ***Gânglios em + de 3 regiões cervicais***
 - ***Alterações no Rx de tórax***
- **Indicações cirúrgicas**
 - ***Gânglios > 2 cm. e com + 6 semanas de evolução***
 - ***Gânglios < 2 cm. e que estão crescendo após 8 semanas de evolução***
 - ***Massas ganglionares, com gânglios duros, indolores, coalescentes***
 - ***Ganglios supra-claviculares e cervicais posteriores baixos***
 - ***Abscesso grande com flutuação -> drenagem***

Recursos preventivos - para as doenças de base

Complicações

- não involução da massa ganglionar
- cirúrgicas – não cicatrização da drenagem (Tuberculose e micobactérias)

Prognóstico – variável conforme a etiologia

ANGIODISPLASIAS

Definições

ANGIODISPLASIAS – defeitos no desenvolvimento ou organização (hamartomas) do tecido vascular sanguíneo (= HEMANGIOMAS), linfático (= LINFANGIOMAS) ou misto (= LINFOEMANGIOMA)

HEMANGIOMAS (HM)

Epidemiologia

- 1 : 20 nascimentos (5%)
- 15 % - múltiplos
- 3 femininos : 1 masculino
- 60 % localizam-se na cabeça e pescoço

Etiopatogênica - defeitos na embriogênese dos vasos sanguíneos.

Classificação de Mulliken (1982)

Hemangiomas proliferativos – causados pela proliferação anormal do endotélio vascular. São os hemangiomas fragiformes e tuberosos. Caracterizam-se por crescimento rápido, seguido geralmente de lenta involução.

Malformações vasculares – etiologia desconhecidas São os Hemangiomas cavernosos, planos e os linfangiomas.

Manifestações clínicas

- PLANOS = capilares ou manchas de “vinho do Porto”
 - “manchas” róseas (+ superficiais) a vinhosas (+ profundas), irregulares, limites precisos, áreas variáveis, existentes desde o nascimento e durante a vida persistem inalterados ou com leve hipertrofia e nódulos.
 - Anátomo Patológico – só rede vascular aumentada, com predomínio capilar.
- TUMORAIS
 - FRAGIFORMES ou TUBEROSOS= tipo “framboesa” ou “morango”. Seu estudo histológico mostra hiperplasia endotelial. São a imensa maioria dos casos (+80%) e sua evolução é:
 - RN – surge o ponto vermelho
 - Até 3 meses – crescimento rápido em volume e extensão
 - 3 - 6 meses – crescimento lento e só em volume
 - 6 - 12 meses – estaciona
 - 1 - 2 anos – diminui volume e epiteliza até 50 % da superfície
 - 2 - 10 anos – epitelização final, permanecendo a pele discrômica, irregular e com cicatrizes, tipo “Peau D’Orange”
 - CAVERNOSOS = violáceos (pele e mucosa), depressíveis, > com calor, postura, Valsalva, menarca e gravidez. Estão presentes ao nascer, evoluem lentamente e não involuem. Seu estudo histológico mostra vasos ectásicos, lagos venosos, endotélio com escasso estroma fibroso
- *TODOS podem ter sangramentos, úlceras, infecções, invadir orifícios corporais*

Diagnósticos diferenciais

- Há necessidade de pesquisar síndromes nos seguintes casos :
- Maffucci = HM. cavernosos + discondroplasias de extremidades.
20 % malignizam em Condrosarcomas
 - Beckwith-Wiedmann = HM. plano de face + macroglossia + Nesidioblastose + malformações renais e hepáticas + defeito umbilical, e alto risco de desenvolver neoplasias embrionárias
 - Klippel-Trenaunay = HM. plano + veias varicosas (tromboflebites, celulites) com hipertrofia progressiva do membro
 - Parkes-Weber = Klippel-Trenaunay + fístula artériovenosa comprovada
 - Sturge-Weber = HM. plano região do nervo trigêmeo + angiodisplasias neurológicas e oculares
 - Kasabach-Merrit = Extenso HM. tuberoso e Púrpura Trombocitopênica, + em RN
 - “Blue rubber bleb nevus” – múltiplos hemangiomas cavernosos, pequenos, purpúreos, que ao serem comprimidos parecem ser de borracha. São freqüentes também no sistema digestivo, provocando sangramentos.

Medidas terapêuticas

- Planos = "laser" de luz amarela ou exérese cirurgica
- Fragiformes
 - Expectante na maioria dos casos, respeitando a evolução natural
 - Corticóide ou Interferon nos primeiros meses de vida se crescimento alarmante
 - Compressivo
 - Cirurgia com exérese da lesão na fase inicial, ou com correção das sequelas após a atrofia.
 - Laser para as teleangiectasias residuais
- Cavernosos
 - Expectante se assintomático, estacionado,
 - Escleroterapia, se predominância venosa
 - Artériografia com embolização, se predominância arterial
 - Meias elásticas, se ectasia acentuada nos membros
 - Cirurgia, com remoção total ou em etapas

Complicações

- Estéticas – tumor, mancha avermelhada, cicatriz, ...
- Infecções
- Sangramentos
- Seromas, Hematomas

LINFANGIOMAS (LF) ou Higromas císticos

Epidemiologia

- 1 : 12.000 nascimentos e + 50% é evidente no período neonatal
- 75 % localizam-se na cabeça e pescoço e 20% são axilares
- 30 a 70 % dos pacientes tem alterações cromossômicas. Ex.: Turner, Down

Etiopatogênia - defeitos na embriogênese dos vasos linfáticos

Classificação de Mulliken (1982)

Hemangiomas proliferativos – causados pela proliferação anormal do endotélio vascular. São os hemangiomas fragiformes e tuberosos. Caracterizam-se por crescimento rápido, seguido geralmente de lenta involução.

Malformações vasculares – etiologia desconhecidas São os Hemangiomas cavernosos, planos e os linfangiomas

Manifestações clínicas

- Capilar = pequenas vesículas superficiais na mucosa/pele
- Cavernoso = canais linfáticos dilatados, mais profundos, com musculatura lisa na parede
- Cístico ou Higroma cístico = múltiplos cistos coalescentes, limites imprecisos, invasão de planos profundos (língua, tórax, vias aéreas,...)
 - *TODOS podem ter sangramentos, infecções, drenagem, acúmulo líquido e dor*

Diagnósticos diferenciais

- Pré-natal – ecografia no 3º trimestre da gestação

- Pós-natal – Rx tórax & Ecografia & Ressonância Magnética

Medidas terapêuticas

- Ressecção cirúrgica completa em todos os casos, em vários tempos cirúrgicos, s/n. Se envolver o nervo facial ou nervos cranianos, deve ser feito após os 6 meses de idade, e com o uso de estimulador de nervo.
- Traqueostomias & Gastrostomias nos casos inoperáveis.
- Experimental -> injeções esclerosantes do imunoestimulante OK-432

Complicações

- Estéticas – tumor, mancha avermelhada, cicatriz, ...
- Infecções
- Sangramentos
- LF -> Seromas, Hematomas em + 50%
 - > Recidiva = 12 a 50 %
 - > Lesão de nervos importantes = 17 %
 - > Óbito = 3,4 a 5,7 %

CISTOS E FÍSTULAS CERVICAIS

Definições

- FISTULA são comunicações anômalas entre ectoderma e endoderma.
- CISTOS são tecidos isolados sem comunicação externa
- SINUS (Seio) só há comunicação para um lado (ectoderma ou endoderma)
- APÊNDICES – são restos cartilagosos recobertos por plicoma cutâneo

Epidemiologia

- Anomalias do ducto tireoglosso ocorrem em 7% da população, e são 2 – 3 vezes + frequentes que as anomalias branquiais
- Entre as branquiais, as do **2º arco branquial** são 6 x mais frequentes, e em 10 a 30 % são bilaterais.

Etiopatogênia

- **REMANESCENTES BRANQUIAIS** -> Entre 4ª e 6ª semanas de vida do embrião surgem de 4 – 5 evaginações (Branquiais = guelras dos peixes)
 - 1º arco -> O trajeto da fístula vai da região submandibular ao conduto auditivo externo.
 - **2º arco** -> O trajeto da fístula vai da borda anterior do esternocleidomastóideo até a fossa tonsilar, passando pela bifurcação da carótida comum e anterior aos nervos hipoglosso e glossofaríngeo.
 - 3º arco -> O trajeto da fístula vai da porção clavicular do músculo esternocleidomastóideo , passando posterior a carótida até o seio piriforme. (Próximo aos nervos vago, hipoglosso e laríngeo superior)
 - 4º. arco -> semelhante ao terceiro, só acaba na porção caudal do seio piriforme.
- **REMANESCENTES do TIREOGLOSSO** -> Na 4ª semana de vida embrionária, no assoalho da faringe primitiva surge um broto endodérmico que migra no sentido caudal, passando posterior ou através do futuro osso hióide, e dando origem ao **ducto tireoglosso**, o qual bifurca para formar a glândula tireóide. Após a 7ª

semana o ducto tireoglosso deve obliterar e atrofiar, restando somente o lobo piramidal da tireóide.

Manifestações clínicas

- **Fístulas** = saída de material mucoso ou purulento (comum na 1ª década de vida)
- **Cistos** = tumores císticos (+ comum na 2ª década de vida)
- **LATERAIS = BRANQUIAIS** -> Fístulas, cistos (infectados ou não), sinus surgem desde anteriores ao pavilhão auricular, passando pela borda da mandíbula até a borda medial do músculo esternocleidomastóide na sua inserção clavicular.

OBS.: Apêndices e sinus pré-auriculares são considerados anomalias do broto mesenquimal responsável pela formação do pavilhão auricular (nunca tem comunicação com conduto auditivo). A maioria tem antecedentes familiares e são bilaterais.

- **LINHA MÉDIA = TIREOGLOSSO** -> Fístulas, cistos (infectados ou não) móveis à deglutição ou à protusão da língua

Diagnósticos diferenciais

- Linfadenomegalia, Cisto dermóide, Higroma cístico, Linfoma, Tireóide ectópica,
- Exames complementares
 - BRANQUIAIS - > 15% casos (Ecografia, TC, RNM) x Biópsia com agulha fina
-> 3º arco - Esofagograma
 - TIREOGLOSSO -> Ecografia e/ou Cintilografia da tireóide

Medidas terapêuticas

- Infectados -> Drenagem local + antibióticoterapia V.O.
- Não infectados -> **Ressecção cirúrgica completa** (+ breve possível)
 - Apêndices pré-auriculares – por motivos estéticos
 - Sinus pré-auriculares – pelo risco de infecções
 - Branquiaiis - c/ estimulador de nervo
 - Tireoglosso – com retirada obrigatória do terço médio do osso hióide.

Complicações

- Abscessos (diagnóstico tardio)
- Lesão do nervo facial nas anomalias do 1º arco branquial
- Recidivas
Ex.: Cisto tireoglosso – ocorre em 3 a 5 % se retirar o osso hióide, e em 50 % se deixar o osso hióide.
- Malignização do tireoglosso

Prevenção – desconhecida

TORCICOLO CONGÊNITO

Conceito - É a fibrose, o encurtamento do músculo esternocleidomastóide, podendo causar assimetria craniofacial com hipoplasia hemifacial. (Plagiocefalia).

Epidemiologia - em \pm 20 % dos partos pélvicos

Etiopatogênica - desconhecida

- Ruptura do músculo durante o trabalho de parto
- Seqüela de uma isquemia muscular no período fetal

Manifestações clínicas

- COM NÓDULO muscular duro, indolor, e cabeça virada para o mesmo lado (rotação homolateral). É a forma mais comum, típica em RN e lactentes.
- SEM NÓDULO - anomalia de postura, com rotação da cabeça para o lado afetado, c/ ou s/ assimetria facial provocada por fibrose muscular e retração cervical. Ocorre em crianças maiores.

Exames complementares

- Rx de crânio e coluna cervical -> pesquisar fratura de clavículas / subluxação C₁/C₂
- Ecografia cervical -> avaliar fibrose e tamanho da área comprometida

Diagnósticos diferenciais

- Cisto branquial
- Linfadenopatia cervical
- Linfangioma cístico

Medidas terapêuticas

CLÍNICAS

- Fisioterapia precoce, com alongamento passivo do músculo afetado (15 a 20 movimentos 3 x ao dia por no mínimo 3 meses)
- Incentivo a rotação cervical ativa contralateral (aleitamento, luz, sons, cores,...)

CIRÚRGICAS

- Após os 6 – 9 meses de idade, em caso de insucesso no tratamento clínico, realiza-se a secção transversal do músculo e de todo tecido fibroso (nódulo), ou na união dos feixes esternal e clavicular do músculo.

Prevenção - evitar estiramento cervical excessivo nas manobras obstétricas

Complicações

- Estéticas – hipoplasia hemifacial / assimetria facial de lenta recuperação
- Recidiva por tratamento inadequado

Prognóstico → + 80 % tem excelente resposta ao tratamento clínico