



**Dr. José Roberto Stefani**  
Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076  
Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

## EMERGÊNCIAS CIRÚRGICAS NEONATAIS

*Malformações que exigem cirurgia precoce — material acadêmico para o ENAMED*

Texto não resumido · reconhecimento, conduta inicial e comparação de protocolos.

*Material de apoio ao ensino e à prática; não substitui a leitura integral das diretrizes nem o julgamento clínico. As condutas devem ser individualizadas e revisadas conforme novas evidências.*

### 1. Importância do tema na Pediatria

As emergências cirúrgicas neonatais exigem reconhecimento e estabilização imediatos para reduzir morbimortalidade. A conduta inicial correta (e evitar erros como ventilar a hérnia diafragmática com balão) muda o desfecho — tema clássico de prova.

### 2. Avaliação inicial

Princípio geral: estabilizar (vias aéreas, temperatura, glicemia, hidratação) e referenciar à cirurgia pediátrica. Reconhecer os sinais de cada quadro orienta a conduta.

### 3. Fisiopatologia aplicada (por quadro)

Quadro	Mecanismo e implicação
Atresia de esôfago / fístula	Interrupção do esôfago ± fístula traqueoesofágica → salivação e risco de aspiração; manter sonda de aspiração no coto, jejum, decúbito elevado
Hérnia diafragmática	Defeito no diafragma → vísceras no tórax → hipoplasia pulmonar e HPPN; intubar (NÃO ventilar com balão/máscara) e descomprimir o estômago
Gastrosquise / onfalocele	Defeito de parede com vísceras expostas → perda de calor/líquido; envolver em filme estéril, hidratar
Atresias intestinais / íleo meconial	Obstrução → distensão e vômitos biliosos; jejum, sonda, hidratação
Ânus imperfurado	Ausência de orifício anal → obstrução baixa; avaliar fístula e malformações associadas

### 4. Diagnóstico

Clínico e radiológico: sonda que não progride (atresia de esôfago); abdome escavado e MV reduzido (hérnia diafragmática); vísceras expostas (defeitos de parede); vômitos biliosos e distensão (obstrução); ausência de orifício anal.

### 5. Conduta e tratamento

- 1 — suporte comum: jejum, sonda gástrica para descompressão, controle térmico, hidratação venosa, analgesia.



**Dr. José Roberto Stefani**

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

2. **2** — específico por quadro (ver tabela); na hérnia diafragmática, intubar e NÃO ventilar com balão e máscara.
3. **3** — avaliar malformações associadas (cardíacas, renais, vertebrais — associação VACTERL) e referenciar à cirurgia.

### Fluxograma terapêutico (resumo)

1. **Passo 1** — reconhecer o quadro → estabilizar (jejum, sonda, calor, hidratação).
2. **Passo 2** — conduta específica (ex.: HDC → intubar, não ventilar com balão).
3. **Passo 3** — referenciar à cirurgia pediátrica e investigar associações.

## 6. Comparação de protocolos

Os protocolos da SBP, AAP, NICE, AEP, Oxford (Oxford Handbook), Harvard (Cloherty and Stark's) e do Ministério da Saúde do Brasil convergem nos pontos abaixo; as divergências são pontuais.

- **Convergências:** estabilizar, jejum e sonda gástrica, referenciar à cirurgia; na hérnia diafragmática, intubar e não ventilar com balão/máscara.
- **Divergências (pontuais):** o momento e a técnica cirúrgica de cada malformação (variam por serviço e gravidade).

## 7. Critérios de internação

- **UTI:** todas → UTI neonatal e centro com cirurgia pediátrica.

## 8. Complicações

- Aspiração; hipoxemia (HDC com hipoplasia pulmonar e HPPN); sepse; distúrbios hidroeletrólíticos.

## 9. Erros comuns

- ventilar a hérnia diafragmática com balão e máscara; alimentar a atresia de esôfago; não pesquisar VACTERL; subvalorizar o vômito bilioso.

### 10. Considerações finais — pontos-chave (ENAMED)

- ▶ Atresia de esôfago: sonda que não progride + salivação — aspiração no coto e jejum.
- ▶ Hérnia diafragmática: NÃO ventilar com balão e máscara — intubar.
- ▶ Gastrosquise/onfalocele: proteger as vísceras, controlar perdas e temperatura.
- ▶ Sempre: estabilizar, jejum, sonda gástrica e referenciar à cirurgia.

## Referências (ABNT NBR 14724)



**Dr. José Roberto Stefani**

**Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076**

*Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck*

- 
1. CLOHERTY, J. P. et al. Manual de Neonatologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
  2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Emergências cirúrgicas neonatais. Documento Científico.
  3. REBELO, M. et al. Oxford Handbook of Neonatology. 2. ed. Oxford: Oxford University Press.
- Última revisão de conteúdo: junho/2026. Confirme as diretrizes vigentes e as doses antes de publicar.*



**Dr. José Roberto Stefani**

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

---

## Casos clínicos (estilo ENAMED)

---

### Caso 1

RN a termo com salivação excessiva e engasgo/cianose às tentativas de alimentação; a sonda orogástrica não progride além de poucos centímetros.

**Questão 1.** Principal hipótese?

- (A) Estenose hipertrófica do piloro
- (B) Atresia de esôfago (± fístula traqueoesofágica)
- (C) Refluxo gastroesofágico
- (D) Hérnia diafragmática
- (E) Atresia duodenal

**Questão 2.** Conduta inicial?

- (A) Alimentar forçando a sonda
- (B) Sonda de aspiração contínua no coto, jejum e decúbito elevado; referenciar à cirurgia
- (C) Dieta oral fracionada
- (D) Apenas observação
- (E) Lavagem gástrica

**Questão 3.** Associação de malformações a pesquisar?

- (A) CHARGE
- (B) VACTERL
- (C) Down isolada
- (D) Pierre Robin
- (E) Turner

### Caso 2

RN com desconforto grave desde o nascimento, abdome escavado e MV reduzido à esquerda, com bulhas desviadas para a direita.

**Questão 4.** Diagnóstico mais provável?

- (A) Pneumotórax simples
- (B) Hérnia diafragmática congênita
- (C) Taquipneia transitória
- (D) Atresia de esôfago
- (E) Cardiopatia cianótica

**Questão 5.** Erro a evitar na estabilização?

- (A) Intubar precocemente
- (B) Ventilar com balão e máscara (distende estômago/alças)
- (C) Passar sonda gástrica
- (D) Controlar a temperatura
- (E) Hidratar por via venosa



**Dr. José Roberto Stefani**

**Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076**

*Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck*

---

**Questão 6.** Complicação respiratória da hérnia diafragmática?

- (A) Bronquiolite
- (B) Hipoplasia pulmonar com hipertensão pulmonar persistente
- (C) Asma
- (D) Derrame pleural isolado
- (E) Atelectasia simples

### **Gabarito comentado**

**Questão 1 — Resposta: B** Salivação, engasgo e sonda que não progride caracterizam a atresia de esôfago.

**Questão 2 — Resposta: B** Sonda de aspiração no coto, jejum e decúbito elevado, referenciando à cirurgia.

**Questão 3 — Resposta: B** A atresia de esôfago integra a associação VACTERL.

**Questão 4 — Resposta: B** Desconforto grave, abdome escavado, MV reduzido e bulhas desviadas indicam hérnia diafragmática congênita.

**Questão 5 — Resposta: B** Evitar ventilar com balão e máscara, que distende o estômago/alças e piora a compressão — intubar.

**Questão 6 — Resposta: B** A hérnia diafragmática cursa com hipoplasia pulmonar e hipertensão pulmonar persistente.

*Última revisão de conteúdo: junho/2026. Confirme as diretrizes vigentes e as doses antes de publicar.*