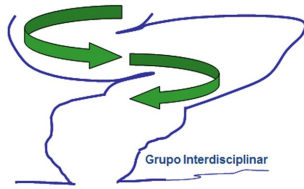


Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Protocolo de Atendimento Ambulatorial Manejo de Cólon

Ambulatório de Manejo de Cólon – Divisão de Cirurgia Pediátrica

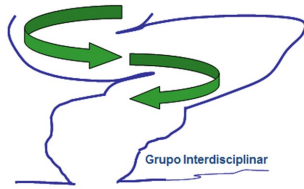




Manejo de Cólon
Cirurgia Pediátrica – HC – FMRP - USP

Prof. Dr. Fábio Antonio Percim Volpe
Médico Assistente
Divisão de Cirurgia Pediátrica HC – FMRP– USP

Profa. Dra. Yvone A. M. V. A. Vicente
Docente
Chefe da Divisão de Cirurgia Pediátrica HC – FMRP– USP



Grupo Interdisciplinar

Manejo de Cólon

Cirurgia Pediátrica – HC – FMRP - USP

“Após 3 anos de idade, todos os pacientes devem permanecer limpos de fezes e secos de urina, porque são continentemente ou pelo fato de serem mantidos artificialmente limpos e secos.”

Observação Clínica – Manejo de Cólon

Roteiro e Orientação

História completa

Avaliação médico-clínica geral

Especificidade – incontinência ou impactação

Caracterizar:

- Idade e início dos sintomas
- Eliminação do mecônio
- Frequência das evacuações e consistência das fezes
- Distensão abdominal e/ou vômitos associados
- Treinamento esfinteriano
- Alimentação
- Tratamento anterior
- Cirurgias anteriores
- Hábito urinário
- Medicação atual (todos os medicamentos em uso ou procedimentos adotados como lavagem, cateterismos, etc).

Exame físico

Exame físico geral

Caracterizar ao exame:

- Abdome
 - ✓ Distensão
 - ✓ Tensão
 - ✓ Abaulamentos ou herniações
 - ✓ Estomias ou cicatrizes
 - ✓ Fezes palpáveis
 - ✓ Movimentos peristálticos visíveis
 - ✓ Ruído hidro aéreo

- Períneo
 - ✓ Posição do ânus
 - ✓ Sulco interglúteo
 - ✓ Cóccix
 - ✓ Pigmentação da pele do períneo
 - ✓ Fissuras
 - ✓ Sensibilidade do períneo (testar)
 - ✓ Toque retal: conteúdo, *closing reflexes*, tônus do esfíncter

Exames subsidiários:

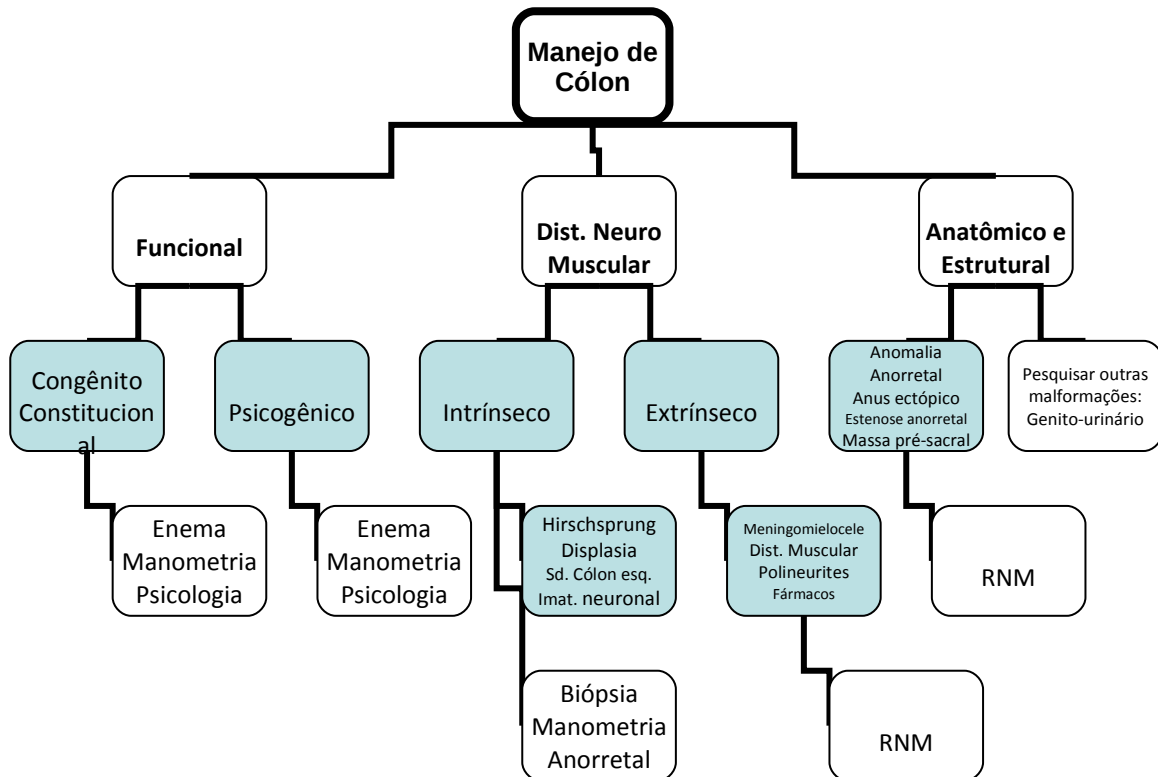
- Solicitar (ou checar) os exames:
 - ✓ Raio X simples de abdome ortostático
 - ✓ Raio X de sacro para *Índice de Peña*

- Discutir a indicação dos exames com o Médico/Docente responsável:
 - ✓ Enema Opaco
 - ✓ Manometria Anorretal

Agendar caso novo com Psicologia Cirurgia Pediátrica

Screening – Manejo de Cólon

Impressão Diagnóstica



Anotar na lista de problemas o diagnóstico e o CID(10)

Funcional

Constipação Intestinal Funcional: K59.0

Constipação Intestinal Psicogênica – *transtornos intestinais psicogênicos*: F45.8

Distúrbio Neuro Muscular:

Cólon Neurogênico: K59.2

Doença de Hirschsprung: Q43.1

Anatômico e estrutural:

Anomalia Anorretal com fístula: Q42.2

Anomalia Anorretal sem fístula: Q42.3

Ânus Ectópico: Q43.6

Manejo de Cólon

Funcional

Congênito
Constitucional

Enema
Manometria
Psicologia

Psicogênico

Enema
Manometria
Psicologia

Dist. Neuro Muscular

Intrínseco

Hirschsprung
Displasia
Sd. Cólon esq.
Imat. neuronal

Biópsia
Manometria
Anorretal

Extrínseco

Meningomielocele
Dist. Muscular
Polineurites
Fármacos

RNM

Anatômico e Estrutural

Anomalia
Anorretal
Anus ectópico
Estenose anorretal
Massa pré-sacral

RNM

Pesquisar outras
malformações:
Genito-urinário

Programa Interdisciplinar de Manejo de Cólon

Protocolo – Orientação de Conduta

Orientações Gerais

Antes de iniciar o tratamento, é importante a elaboração de um plano organizado e bem fundamentado.

A conduta deve ser explicada aos pais ou responsáveis pela criança e, se possível, à própria criança, em linguagem apropriada ao entendimento de todos.

Quanto às perdas (ou escapes) fecais: Explicar aos pais que o escape fecal não é um distúrbio comportamental da criança enfatizando que as perdas são involuntárias e, usualmente, ocorre sem o conhecimento do paciente.

Pacientes Constipados - Impactação

Fase I - Desimpactação

Desimpactação

Realizada mediante lavagens intestinais ou laxantes orais.

Período: até o esvaziamento total do cólon.

Lavagens Intestinais:

Realizadas com soro fisiológico e glicerina a 10,0% ou com enemas fosfato-hipertônicos (usados apenas em crianças acima de dois anos).

Volume: 10 a 20 ml por Kg de peso.

Laxantes Orais:

Ingestão oral de grandes doses de óleo ou outras soluções balanceadas (leite de magnésia ou lacaína, na mesma dose), dadas por boca em crianças que temem ou recusam a introdução da sonda via anorretal, para a desimpactação.

Dose: 1 a 2 ml/Kg/dia, uma a duas vezes ao dia.

Pacientes Constipados - Impactação

Fase II - Manutenção

Manutenção

Realizada mediante lavagens intestinais ou laxantes orais.

Periodicidade: lavagens intestinais diárias ou uso diário da medicação *até o início da sensação para evacuar e a presença de evacuações espontâneas.*

Lavagens Intestinais:

Realizadas com soro fisiológico (ou água), com ou sem glicerina (10,0%).

Volume: 10 a 20 ml por Kg de peso.

Não prescrever uso de soluções de fosfato-hipertônicos nesta fase do tratamento.

Laxantes Orais:

Óleo mineral e outra solução balanceada (leite de magnésia ou lactulona, na mesma dose), dadas por boca em crianças que temem ou recusam a

introdução da sonda via anorretal e *que apresentam evacuações diárias com a medicação.*

Dose: 1 a 2 ml/Kg/dia, uma a duas vezes ao dia.

Se o paciente não apresentar evacuações suficientes para a manutenção do cólon limpo, o uso de lavagens intestinais é mandatório.

Pacientes Incontinentes

Manejo de Cólon

Manutenção

Realizada mediante lavagens intestinais.

Periodicidade: lavagens intestinais diárias ou de periodicidade variável, dependendo das perdas fecais.

Lavagens Intestinais:

Realizadas com soro fisiológico (ou água), com ou sem glicerina (10,0%).

Volume: 10 a 20 ml por Kg de peso.

Não prescrever uso de soluções de fosfato-hipertônicos.

A periodicidade é adequada a cada paciente com o objetivo de subtrair as perdas.

Anomalia Anorretal

Considerações Gerais

Atenção!

- *O prognóstico funcional deve ser estabelecido o mais cedo possível para deixar os pais cientes do que esperar e evitar falsas expectativas.*
- *Para evitar complicações é imperativo que o cirurgião realize um diagnóstico anatômico preciso através do colostograma distal. Nossos olhos não enxergam o que nossas mentes não suspeitam.*
- *O colostograma distal é a ferramenta diagnóstica mais valiosa na abordagem desses defeitos.*
- *Mediante dúvidas, a colostomia ainda é a opção cirúrgica mais segura no manejo do RN com anomalia anorretal.*

Anomalia Anorretal

Pré e pós operatório Anorretoplastia Sagital Posterior à Peña

Manejo Clínico Cirúrgico

Em geral são crianças com outras malformações (VACTERL) e necessitam de uma avaliação multidisciplinar (com nefro infantil, cardio, pneumo); Fazer PI de acordo com a malformação.

Reavaliação radiológica.

Checar todos os exames necessários:

- ✓ Subir arquivo radiológico;
- ✓ Conferir Ressonância de pelve com marcador sagital;
- ✓ RX de sacro para determinar índice de Peña;
- ✓ US de rins e vias urinárias;
- ✓ Função renal, hemograma e eletrólitos;
- ✓ Colostograma distal – muito importante. Irá determinar a necessidade ou não de abrir o abdome (laparotomia) nos casos de colon curto, atrésico. É essencial para determinar a presença de fístula com a uretra ou bexiga;

Quanto à necessidade de vaga no CTI pediátrico (discutir indicação com contratado);

Quanto às orientações aos responsáveis pela criança:

- ✓ Explicar os riscos sobre a cirurgia;
- ✓ Orientar que neste procedimento será feito um neo-ânus e que a criança permanecerá com a colostomia (a cirurgia é feita em 02 tempos).
- ✓ Explicar que seu filho precisa ficar com curativo no períneo e com sonda vesical no PO e que deve permanecer em repouso relativo no leito nos primeiros dias.
- ✓ Solicitar hemograma, eletrólitos, tipo e contra-prova; Nos pacientes com historia de pneumonias de repetição e broncoespasmo, solicitar ainda RX de Tórax (mesmo se não estiver com crise!).
- ✓ Avaliação pré-operatória pela equipe de Psicologia Cirurgia Pediátrica

Prescrição médica, pré-operatório:

- ✓ *Dieta habitual: vide com a mãe*
- ✓ *Jejum a partir da 00:00h*
- ✓ *Medicações de uso do paciente, não suspender, e dar inclusive no dia da cirurgia;*
- ✓ *Cefazolina: 30mg/Kg na indução anestésica;*
- ✓ *Hidrocortisona 4mg/kg na indução anestésica (somente se o paciente for dependente de corticóide).*
- ✓ *Soro de manutenção no jejum com eletrólitos (vide regra de Holliday);*

- ✓ *Cuidados gerais e cuidados com colostomia;*

Prescrição médica, pós-operatório imediato:

- ✓ *Jejum;*
- ✓ *Dipirona de horário, 20mg/kg/dose de 6/6horas;*
- ✓ *Tramadol de horário, 1mg/kg/dose de 8/8h diluído em SF e correr em 30min;*
- ✓ *Bromoprida de horário, 0,1mg/kg/dose de 8/8 h diluído em SF e correr em 30min;*
- ✓ *Ranitidina de horário, 2mg/kg/dose de 12/12horas;*
- ✓ *Soro de manutenção com eletrólitos (vide regra de Holliday)*
- ✓ *Oxímetro de pulso e O₂ (nos pneumopatas);*
- ✓ *Cuidados gerais e com colostomia;*
- ✓ *Sonda vesical por 04 a 05 dias de PO (para a urina não molhar a ferida operatória e para assegurar correção da fístula reto-urinária).*

Nos dias seguintes:

- ✓ *Retirar os analgésicos de horário conforme a melhora do paciente;*
- ✓ *Nos paciente que mantenham muita dor e agitação, pode ser acrescentado anti-inflamatório: cetoprofeno (1mg/kg/dose) ou ibuprofeno (10mg/kg/dose). Atenção: Não usar nos pacientes com rim único, alérgicos, historia de hemorragia, broncoespasmo.*
- ✓ *Introduzir a dieta no POI com leite e dieta branda conforme aceitação. Explicar para mãe que seu filho provavelmente irá recusar e vai perde um pouco de peso. Inclusive poderá apresentar vômitos nas primeiras mamadas.*
- ✓ *Retirar hidratação somente após aceitação da dieta;*
- ✓ *Abrir o curativo no 2° PO- a não ser que esteja muito sujo ou molhado;*
- ✓ *Manter sonda vesical por 04 a 05 dias no PO;*

- ✓ *Fazer banho de assento com permanganato de potássio – 1cp diluído em 05 litros de água e fazer banho de assento 2x ao dia. Iniciar após abertura do curativo.*

Anomalia Anorretal

Programa de Dilatação Anal – Pós Operatório

Programa de Dilatação Anal

Início na 4^a. semana de pós-operatório.

Realizado mediante dilatador de Hegar.

Início com dilatador compatível com o calibre do canal anal da criança (sem resistência). Realizar dilatações diárias, aos cuidados dos responsáveis pela criança, duas vezes ao dia.

Aumentar o calibre do dilatador de Hegar semanalmente até o número esperado para idade da criança conforme a tabela abaixo

Após atingir o calibre ideal, inicia-se um programa de treinamento esfinteriano com lavagem intestinal pela colostomia distal. O objetivo é permitir com que a criança se habitue a sensação de plenitude e esvaziamento da ampola

retal. Após o término deste programa (3 meses) a reconstrução de trânsito é agendada.

Idade	Dilatador de Hegar
1 a 3 meses	12
4 a 8 meses	13
9 a 12 meses	14
1 a 3 anos	15
3 a 12 anos	16
Mais de 12 anos	17

Tabela 1 *Díâmetro dos dilatadores de Hegar de acordo com a idade do paciente.*

Anomalia Anorretal

Reconstrução do Trânsito Intestinal

Pré-operatório, preparo de cólon e cuidados de pós-operatório

Orientações Gerais

Internar 03 dias antes da cirurgia.

Testar a permeabilidade do neoânus (ver qual a vela de Hegar que a mãe está usando no filho e se a mãe está fazendo lavagem para treino de Toailete). Realize um toque retal.

Mediante outras malformações ou comorbidades, discutir vaga no CTI com o médico contratado responsável.

Explicar o procedimento a mãe e solicitar avaliação pré-operatória da equipe de Psicologia Cirurgia Pediátrica.

Informar sobre o jejum prolongado (em média de 05 dias – sempre);

Revisão radiológica:

Solicitar o arquivo radiológico e checar:

- ✓ Colostograma distal (permeabilidade);
- ✓ O grau de dilatação do cólon distal pode inferir prognóstico funcional inicial;

Exames pré-operatórios

Solicitar hemograma, eletrólitos, função renal, tipo e contra-prova; Nos pacientes com historia de pneumonias de repetição e broncoespasmo, solicitar ainda RX de Tórax (mesmo se não estiver com crise!).

Nos casos muito graves – fazer PI pneumo infantil, ou nefro infantil e acompanhamento em conjunto.

Preparo de Cólon

1° dia:

Prescrição médica:

- ✓ Dieta Líquida sem resíduos; Mantido leite.
- ✓ Medicações de uso do paciente- manter;
- ✓ Lavagem intestinal com SF0,9% 20ml/Kg, de 8/8 horas, pela boca distal da estomia (evitar contraste ou conteúdo residual);

2° dia

Prescrição médica:

- ✓ Dieta Líquida sem resíduo. Retirar leite.
- ✓ Medicações de uso do paciente- manter;
- ✓ Lavagem intestinal com SF0,9% 20ml/Kg, de 8/8 horas, pela boca proximal da estomia;

3° dia (véspera da cirurgia):

- ✓ Jejum o dia todo (a partir das 09h da manhã)
- ✓ Dar as 10h da manhã: Manitol 20% 10ml/kg + suco e tomar em 2h; *O uso de manitol está restrito as crianças maiores. Discutir com o médico contratado.*
- ✓ Fazer bromoprida 30min antes do manitol. Dose 0,1mg/kg/dose;
- ✓ Medicções de uso do paciente – manter
- ✓ Gentamicina 5 a 7,5mg/kg/dia dividir em 02 tomadas; Diluir em SF0,9% em 30min. Iniciar as 06:00h do dia da cirurgia (pq o anestesista nunca consegue fazer na indução);
- ✓ Metronidazol 7,5mg/kg/ dose de 8/8 horas. Iniciar as 06:00h do dia da cirurgia (pq o anestesista nunca consegue fazer na indução!!!);
- ✓ Ampicilina 50-100mg/kg/dia divididos em 04 doses (6/6h). Iniciar as 06:00h do dia da cirurgia (pq o anestesista nunca consegue fazer na indução);
- ✓ Soro de manutenção no jejum (instalar logo pela manhã com eletrólitos (vide regra de Holliday em anexo);
- ✓ Hipoglós pomada- aplicar profilaticamente no períneo para evitar assaduras;

- ✓ Lavagem intestinal com SF0,9% 20ml/Kg, de 8/8 horas, pela boca proximal da estomia;

Observação:

Repetir o manitol as 16:00h se ainda estiver sujo (fezes em massa).

Avaliar a hidratação do paciente (diurese, mucosas, turgor da pele, olhos):
Fazer bolos de reparação de 20ml /Kg de soro glico-fisiológico (ao meio) se apresentar sinais de desidratação.

Em casos de malformações renais, rim único, etc, substituir a gentamicina por Ceftriaxone (Rocefin®), 50-80mg/kg/dia divididos em uma ou 02 tomadas; Não esquecer de retirar o cálcio do soro.

Pós-operatório imediato:

- ✓ Jejum;
- ✓ Dipirona de horário, 20mg/kg/dose de 6/6horas;
- ✓ Tramadol de horário, 1mg/kg/dose de 8/8h diluído em SF e correr em 30min;
- ✓ Bromoprida de horário, 0,1mg/kg/dose de 8/8 h diluído em SF e correr em 30min;
- ✓ Ranitidina de horário, 1mg/kg/dose de 12/12horas;
- ✓ ***Gentamicina 5 a 7,5mg/kg/dia dividir em 02 tomadas (12/12horas); Diluir em SF0,9% em 30min. Iniciar as 06:00h do dia da cirurgia (manter sempre por 05 dias!)
- ✓ Metronidazol 7,5mg/kg/ dose de 8/8 horas. manter sempre por 05 dias!;
- ✓ Ampicilina 50-100mg/kg/dia divididos em 04 doses (6/6h). manter sempre por 05 dias!;

- ✓ Hipoglós pomada- aplicar profilaticamente no períneo para evitar assaduras!
- ✓ Soro de manutenção com eletrólitos (vide regra de Holliday)

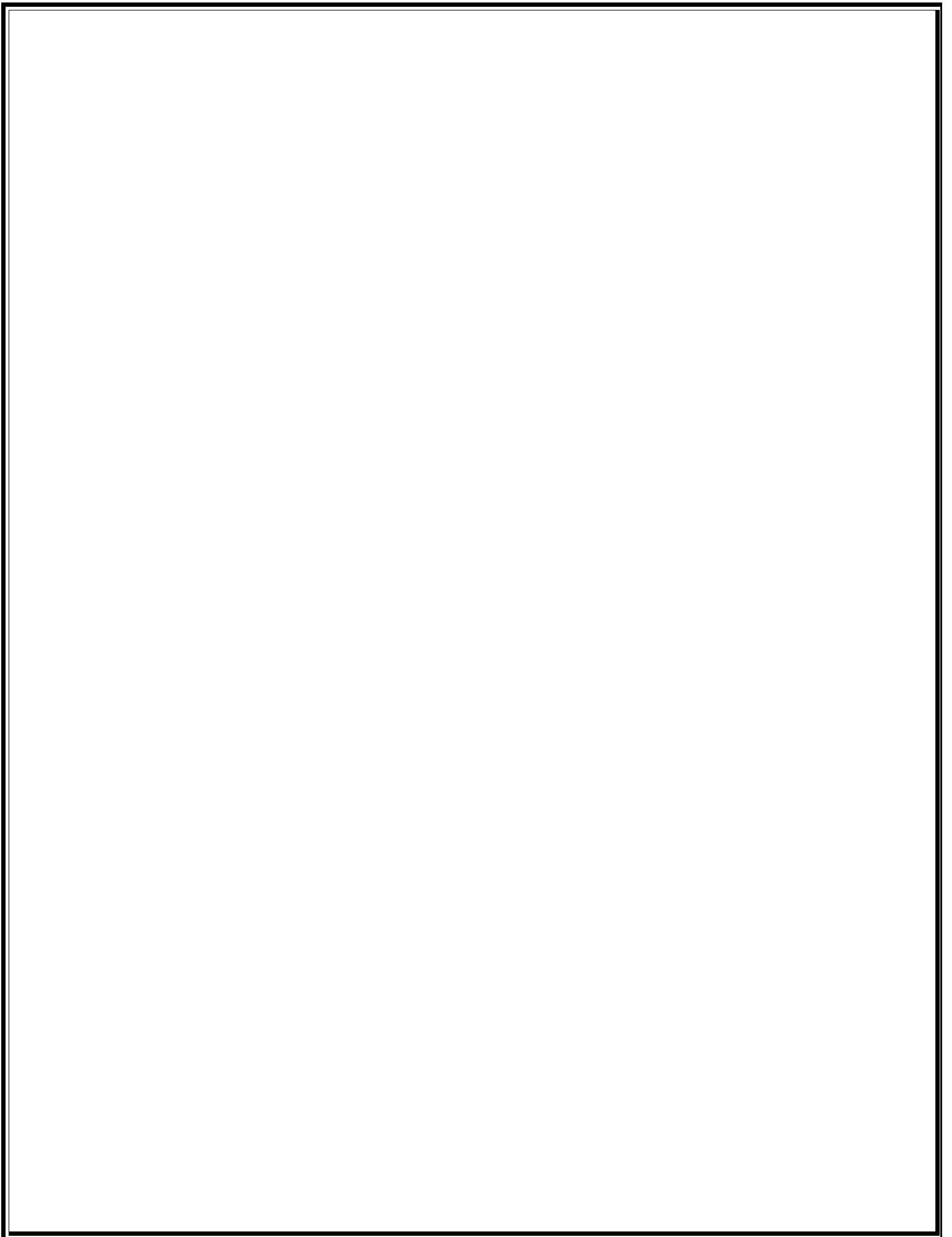
Observação:

Em casos de malformações renais, rim único, etc, substituir a gentamicina por Ceftriaxone (Rocefin®), 50-80mg/kg/dia divididos em uma ou 02 tomadas; Não esquecer de retirar o cálcio do soro.

Se tiver apresentando vômitos; acrescentar nausedron (ondonsetrona) à prescrição - dose 0,15 mg/kg/dose de 8/8 horas. Se persistir com vômitos, passar SNG em drenagem;

Nos dias seguintes:

- ✓ retirar os analgésicos de horário conforme a melhora do paciente;
- ✓ Nos paciente que mantenham muita dor e agitação, pode ser acrescentado anti-inflamatório: cetoprofeno (1mg/kg/dose) ou ibuprofeno (10mg/kg/dose).
Não usar nos pacientes com rim único, alérgicos, historia de hemorragia, broncoespasmo.
- ✓ Introduzir a dieta após 04 dias de cirurgia, progressão lenta: dieta líquida (leite), dia seguinte, dar dieta pastosa e, no outro dia, dieta geral conforme aceitação. Explicar para mãe que seu filho provavelmente irá recusar e pode perde um pouco de peso. Inclusive poderá apresentar vômitos nas primeiras mamadas.
- ✓ Retirar hidratação somente após aceitação da dieta.



Doença de Hirschsprung

Abaixamento de Cólon Dela Torre-Mondragon e Ortega-Salgado

Pré e Pós-operatório de abaixamento de Cólon

Pacientes com doença de Hirschsprung (clássico – retosigmóide), sem colostomia, em manejo de cólon.

Internar 03 dias antes da cirurgia;

Explicar o procedimento a mãe;

Informar sobre o jejum prolongado (em média de 05 dias);

Checar todos os exames necessários:

- ✓ Manometria anorretal
- ✓ Biópsia retal
- ✓ **Enema opaco – muito importante. Irá determinar o segmento acometido e zona de transição. Auxilia o planejamento cirúrgico**
- ✓ Solicitar hemograma, eletrólitos, função renal, tipo e contra-prova

Preparo Intestinal

Internação 03 dias antes.

1° dia:

Prescrição médica:

- ✓ Leite Materno (ou, considerando a idade e o momento do diagnóstico e cirurgia, dieta líquida sem resíduos e mantido leite)
- ✓ Medicamentos de uso do paciente- manter
- ✓ Lavagem intestinal com SF0,9% 20 ml/Kg, de 8/8 horas

2° dia

Prescrição médica:

- ✓ Leite Materno (ou, considerando a idade e o momento do diagnóstico e cirurgia, dieta líquida sem resíduos e mantido leite)
- ✓ Medicamentos de uso do paciente- manter
- ✓ Lavagem intestinal com SF0,9% 20 ml/Kg, de 8/8 horas

3° dia (dia anterior a cirurgia):

- ✓ Jejum o dia todo (a partir das 09h da manhã)
- ✓ Medicamentos de uso do paciente – manter
- ✓ Gentamicina 5 a 7,5 mg/kg/dia dividir em 02 tomadas; Diluir em SF0,9% em 30 min. Iniciar as 06:00h do dia da cirurgia (considerando a impossibilidade de fazer na indução anestésica);

- ✓ Metronidazol 7,5 mg/kg/ dose de 8/8 horas. Iniciar as 06:00h do dia da cirurgia (considerando a impossibilidade de fazer na indução anestésica);
- ✓ Ampicilina 50-100 mg/kg/dia divididos em 04 doses (6/6h). Iniciar as 06:00h do dia da cirurgia (considerando a impossibilidade de fazer na indução anestésica);
- ✓ Soro de manutenção no jejum (instalar logo pela manhã com eletrólitos - vide regra de Holliday);
- ✓ Hipoglós pomada- aplicar profilaticamente no períneo para evitar assaduras;
- ✓ Lavagem intestinal com SF0,9% 20 ml/Kg, de 8/8 horas

Observação:

- **Avaliar a hidratação do paciente (diurese, mucosas, turgor da pele, olhos): Fazer bolos de reparação de 20 ml /Kg de soro glico-fisiológico (ao meio) se apresentar sinais de desidratação.**
- Em casos de malformações renais, rim único, etc, substituir a **Gentamicina** por **Ceftriaxone** (Rocefin®), 50-80 mg/kg/dia divididos em uma ou 02 tomadas; Não esquecer de retirar o **cálcio** do soro.

Pós-operatório imediato:

- ✓ Jejum;
- ✓ Dipirona de horário, 20 mg/kg/dose de 6/6horas;
- ✓ Tramadol de horário, 1 mg/kg/dose de 8/8h diluído em SF e correr em 30min;
- ✓ Bromoprida de horário, 0,1 mg/kg/dose de 8/8 h diluído em SF e correr em 30min;
- ✓ Ranitidina de horário, 1 mg/kg/dose de 12/12horas;

- ✓ ***Gentamicina 5 a 7,5 mg/kg/dia dividir em 02 tomadas (12/12horas); Diluir em SF0,9% em 30min. Iniciar as 06:00h do dia da cirurgia (manter sempre por 05 dias!)
- ✓ Metronidazol 7,5 mg/kg/ dose de 8/8 horas. manter sempre por 05 dias!;
- ✓ Ampicilina 50-100 mg/kg/dia divididos em 04 doses (6/6h). manter sempre por 05 dias!;
- ✓ Hipoglós pomada- aplicar profilaticamente no períneo para evitar assaduras!
- ✓ Soro de manutenção com eletrólitos (vide regra de Holliday)

Observação:

- Em casos de malformações renais, rim único, etc, substituir a **Gentamicina** por **Ceftriaxone** (Rocefin®), 50-80mg/kg/dia divididos em uma ou 02 tomadas; Não esquecer de retirar o **cálcio** do soro.
- Se tiver apresentando vômitos; acrescentar nausedron (ondonsetrona) à prescrição- dose 0,15 mg/kg/dose de 8/8 horas. Se persistir com vômitos, passar SNG em drenagem;

Nos dias seguintes:

- ✓ Retirar os analgésicos de horário conforme a melhora do paciente;
- ✓ Nos paciente que mantenham muita dor e agitação, pode ser acrescentado anti-inflamatório: cetoprofeno (1 mg/kg/dose) ou ibuprofeno (10mg/kg/dose). *Não usar nos pacientes com rim único, alérgicos, historia de hemorragia, broncoespasmo.*
- ✓ **Introduzir a dieta após 2 a 4 dias de cirurgia com progressão lenta. Se em aleitamento materno, iniciar pelo mesmo. Dieta líquida (leite), dia seguinte, dar dieta pastosa e, no outro dia, dieta geral conforme a idade e aceitação.** Explicar para mãe que seu filho provavelmente irá recusar e pode perde um pouco de peso. Inclusive poderá apresentar

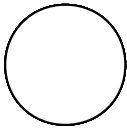
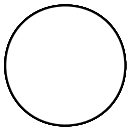
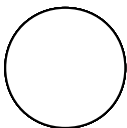
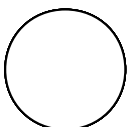
vômitos nas primeiras mamadas. Se evolução absolutamente favorável (e em aleitamento materno, re-iniciar dieta após 48-72 horas.

- ✓ Retirar hidratação somente após aceitação da dieta.
- ✓ Manter antibióticoterapia no mínimo por 72 horas de pós-operatório.

Anexo – Diário Intestinal

Diário Intestinal – Manejo de Cólon

Nome: _____ RG(H.C.): _____

 <input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape
 <input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape
 <input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape
 <input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape	<input type="checkbox"/> lavagem <input type="checkbox"/> escape



Evacuação espontânea



Grande quantidade !

Orientações:
