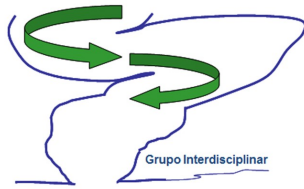


Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Protocolo de Atendimento Ambulatorial Manejo de Cólon

Ambulatório de Manejo de Cólon – Divisão de Cirurgia Pediátrica

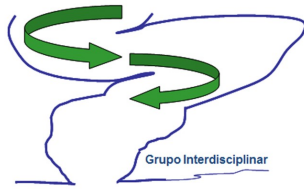




Manejo de Cólon
Cirurgia Pediátrica – HC – FMRP - USP

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



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 continentos 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:

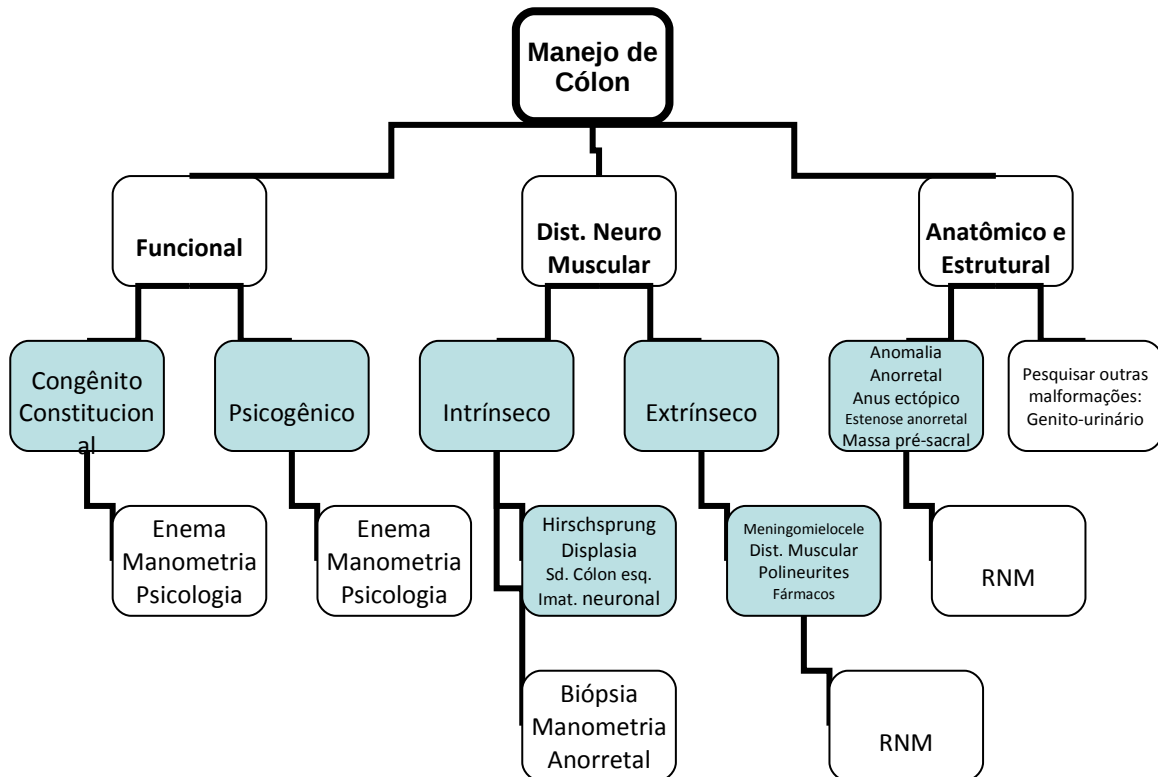
- Solicitar (ou checar) os exames:
 - ✓ Raio X simples de abdome ortostático
 - ✓ Raio X de sacro para *Índice de Peña*

- 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

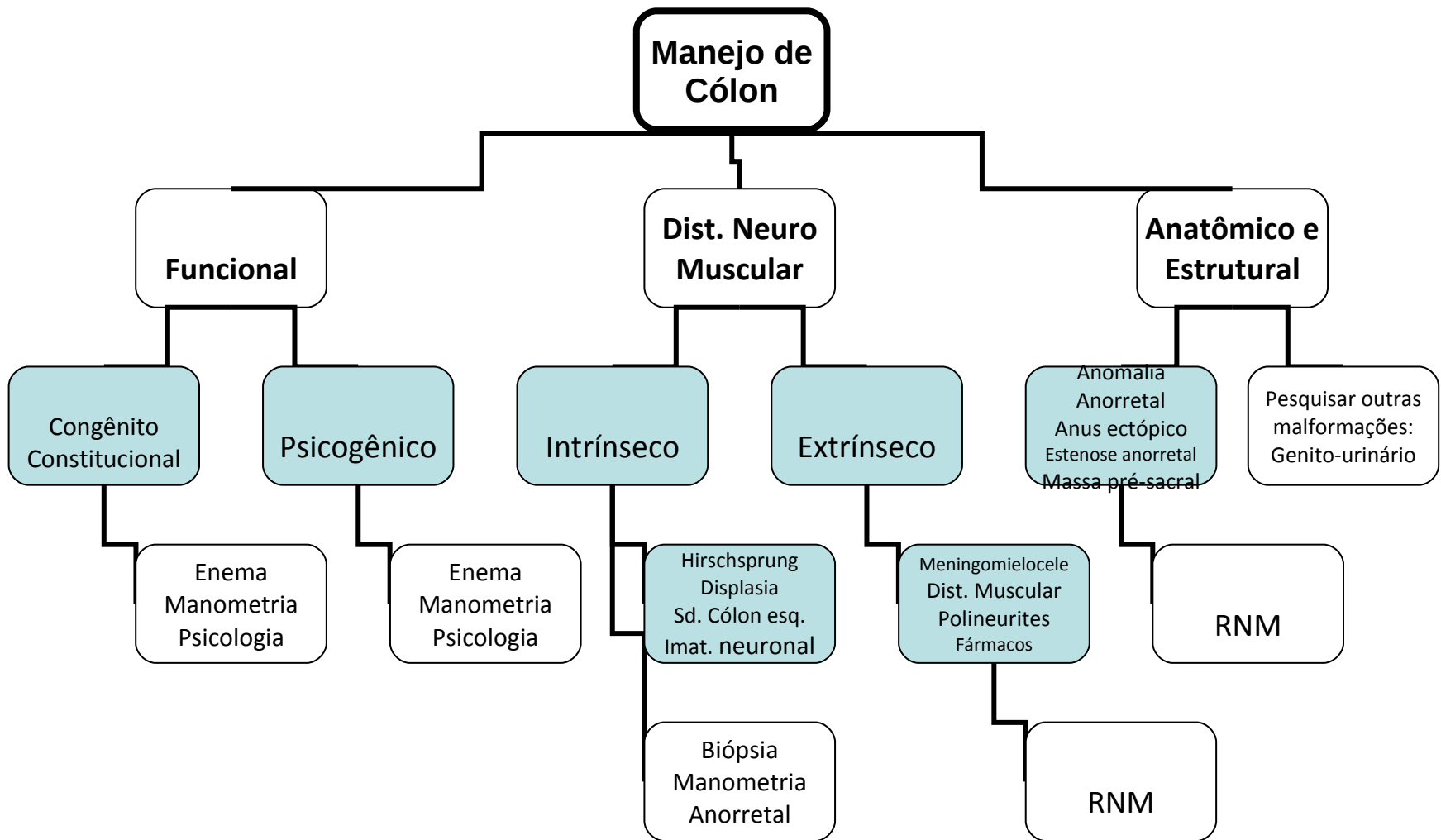
Doença de Hirschsprung: Q43.1

Anatômico e estrutural:

Anomalia Anorretal com fistula: Q42.2

Anomalia Anorretal sem fistula: Q42.3

Ânus Ectópico: Q43.6



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 história 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.
- ✓ Medicções 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)

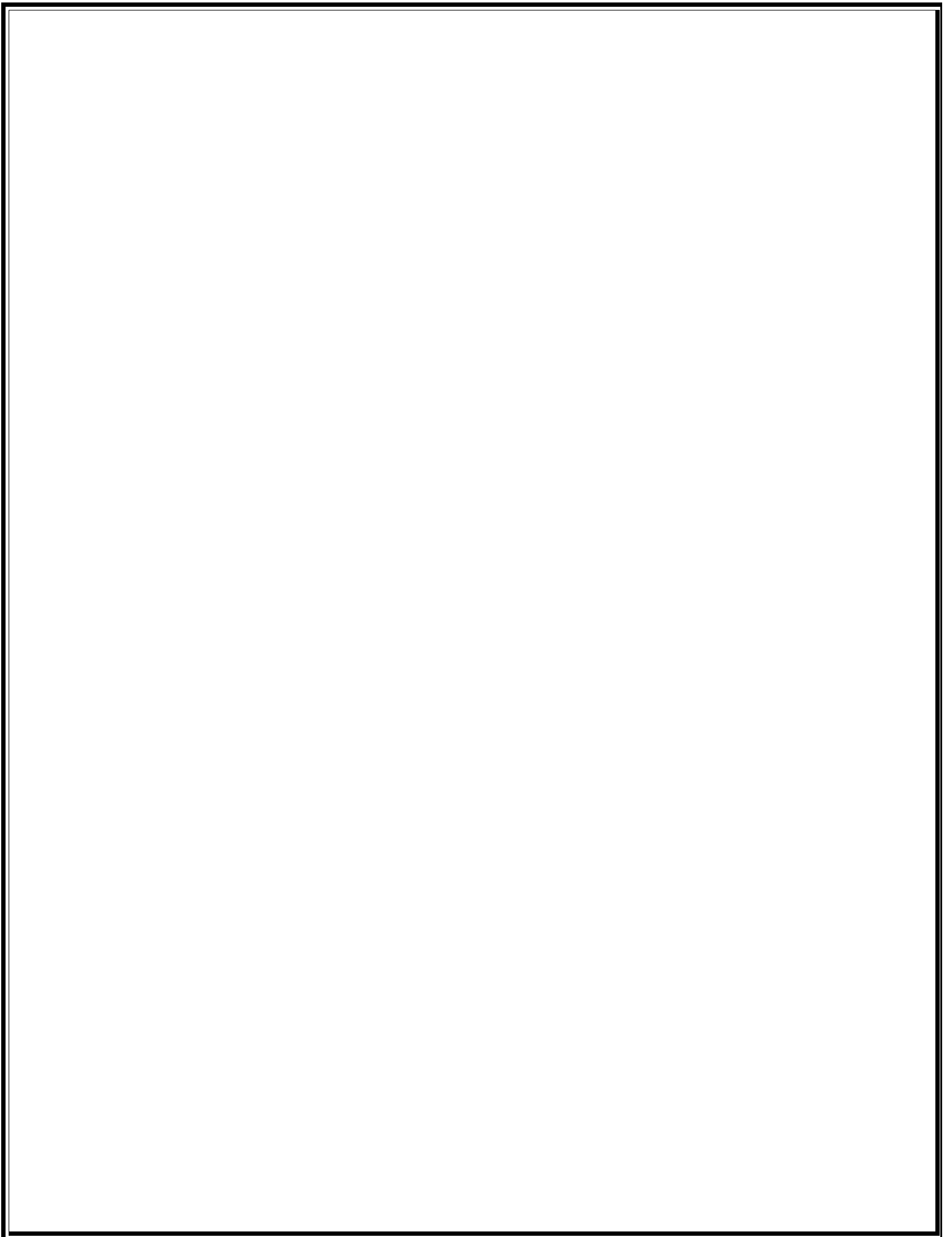
Observação:

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

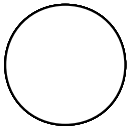
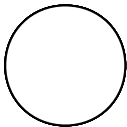
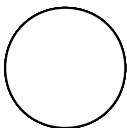
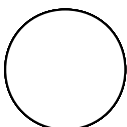
vômitos nas primeiras mamadas. Se evolução absolutamente favorável (e em aleitamento materno, re-iniciar dieta após 48-72 horas.

- ✓ 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:
