

Hérnia inguinal, hérnia umbilical e hidrocele na criança

Diagnóstico clínico, hérnia inguinal sempre cirúrgica, encarcerada e estrangulada, hidrocele comunicante e não comunicante, hérnias umbilical e epigástrica e o prematuro diante da anestesia

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

O diagnóstico é **clínico** (o relato dos pais ou uma **foto do abaulamento** bastam). A **hérnia inguinal não regride e tem sempre indicação cirúrgica** (SBP): encaminhar ao cirurgião pediátrico logo após o diagnóstico, **com prioridade no prematuro e no lactente**, que mais encarceram. **Hérnia inguinal irreductível, dolorosa, endurecida, com choro inconsolável ou vômitos é urgência (🔴)**: pronto-socorro com cirurgião pediátrico, em jejum, sem manobras vigorosas no consultório. A **hidrocele não comunicante** do lactente regride na maioria; a **comunicante** e a que persiste vão ao cirurgião. A **hérnia umbilical** fecha sozinha na maioria até 4–5 anos e raramente encarcera: observar, **sem moeda, faixa ou esparadrapo**. A **hérnia epigástrica** é operada eletivamente. O ex-prematuro tem risco de **apneia pós-anestésica**: cirurgia em hospital, com monitorização.

1. O que é e como se apresenta

Hérnia inguinal indireta. Persistência do **conduto peritoneovaginal** (canal de Nuck na menina). Ocorre em 0,8–5% dos recém-nascidos a termo e em 20% ou mais dos de extremo baixo peso (AAP 2023). Apresenta-se como **abaulamento inguinal ou inguinoescrotal (ou no grande lábio) que aparece ao chorar ou fazer força e some em repouso**. A SBP lembra que a hérnia inguinal, mais frequente nos pré-termos e no sexo masculino, **tem indicação cirúrgica e risco de intervenção de emergência se não for redutível** (SBP, Seguimento do prematuro de risco, 2012). O encarceramento ocorre em 3–16% e chega a 31% nos prematuros, sobretudo no 1º ano (BMJ/BAPS 2017).

- **Encarcerada:** conteúdo (alça, epíplon, ovário) preso no saco; massa irreductível, dolorosa e tensa.
- **Estrangulada:** encarcerada com **comprometimento vascular** do conteúdo — isquemia da alça, do testículo (compressão dos vasos gonadais) ou do ovário (torção). Sinais: pele vermelha ou arroxeada, vômitos biliosos, distensão, sangue nas fezes, toxemia, choque.
- **Menina:** anexos uterinos estão em 15–31% dos sacos herniários; o **ovário encarcerado** tem risco de torção (Abdulhai et al., 2017).

Hidrocele. Líquido na túnica vaginal; massa escrotal cística, indolor, **com polo superior palpável**.

- **Não comunicante:** volume estável; regride na maioria (92% antes de 1 ano — EAU 2026).
- **Comunicante:** conduto aberto; o volume **varia ao longo do dia** e pode se acompanhar de hérnia.
- **Cisto de cordão** (ou do canal de Nuck); **abdominoescrotal** (resolve menos — EAU 2026); **adquirida** no menino maior (trauma, torção, epididimite, tumor).

Hérnia umbilical. Falha do fechamento do anel umbilical. Afeta 10–30% dos recém-nascidos, até 80% dos pré-terms (SBP 2012) e é mais frequente em crianças negras, na síndrome de Down e no **hipotireoidismo congênito** (Pediatria Integral 2024). O tamanho da pele protrusa não reflete o do anel. **Complicação é rara** (cerca de 1:1.500 — BMJ/BAPS 2017).

Hérnia epigástrica. Defeito na linha alba, entre umbigo e xifoide, com **gordura pré-peritoneal**; nódulo firme, às vezes doloroso. **Não regride** (Pediatria Integral 2024). Diferenciar da **diástase dos retos**, fisiológica.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Hérnia umbilical redutível e assintomática; hidrocele não comunicante no lactente, sem hérnia; diástase dos retos	Seguimento pelo pediatra; orientar sinais de alerta
● Moderada	Hérnia inguinal redutível (encaminhar com prioridade se prematuro, lactente ou episódio prévio de encarceramento); hidrocele comunicante, tensa, abdominoescrotal ou persistente; ovário redutível na menina; hérnia umbilical com indicação de cirurgia; hérnia epigástrica	Encaminhar ao cirurgião pediátrico (hérnia inguinal com prioridade; demais eletivo)
● Grave	Hérnia irreductível (inguinal ou umbilical), dolorosa, endurecida; choro inconsolável, vômitos; pele arroxeadada, sangue nas fezes, toxemia ou choque; massa dolorosa no grande lábio; escroto agudo	Pronto-socorro com cirurgião pediátrico: jejum, analgesia, contato prévio

Fatores de risco que elevam a gravidade

- **Prematuridade e idade < 1 ano:** maior risco de encarceramento e de lesão testicular ou ovariana.
- Encarceramento prévio, mesmo reduzido (BMJ/BAPS 2017).
- **Menina com ovário no saco herniário** (risco de torção).
- Ex-prematuro com displasia broncopulmonar, apneia ou anemia (risco anestésico).
- Derivação ventriculoperitoneal, diálise peritoneal, ascite, doenças do colágeno.

3. Diagnóstico no consultório

É clínico. Examinar deitada e em pé; nas maiores, com tosse ou esforço; no lactente, durante o choro.

- **Hérnia inguinal:** abaulamento que sobe pelo canal inguinal, sem limite superior palpável. O **relato fidedigno dos pais ou a foto** do abaulamento bastam para encaminhar, mesmo com

o exame normal no momento (Pediatria Integral 2024).

- **Hidrocele:** massa cística com polo superior palpável e testículo dentro dela. **A transiluminação não separa hérnia de hidrocele no lactente**, porque a alça cheia de gás também transilumina (BMJ/BAPS 2017).
- **Hérnia umbilical:** palpar e **medir o anel** com a polpa digital.
- **Hérnia epigástrica:** marcar o local com a criança em pé — o nódulo pode sumir deitado.

Exames: não são necessários para indicar a cirurgia (AAP 2023; CIPE 2019, na umbilical).

Ultrassonografia só na dúvida sobre a natureza de massa inguinoescrotal, na suspeita de hidrocele abdominoescrotal ou de patologia testicular (EAU 2026). No escroto agudo, **a imagem não pode atrasar o cirurgião**. Hérnia umbilical com icterícia prolongada, hipotonia ou constipação: conferir o teste do pezinho.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- **Torção testicular** e de apêndice testicular (dor escrotal aguda) — ver "Escroto agudo — torção testicular, torção de apêndice e orquiepididimite".
- Hérnia encarcerada tomada por hidrocele, linfonodo ou testículo não descido.
- **Tumor testicular** (massa endurecida e indolor) por trás de hidrocele no menino maior.
- **Menina com hérnia bilateral** ou gônada no saco: pensar em distúrbio da diferenciação sexual (insensibilidade androgênica).
- Na criança com dor abdominal, vômitos ou choro inconsolável: **examinar sempre as regiões inguinais e a bolsa escrotal** ("Dor abdominal aguda").

4. Tratamento e seguimento

Hérnia inguinal — sempre cirúrgica. Não regride e não há tratamento clínico; **encaminhar ao cirurgião pediátrico logo após o diagnóstico, com prioridade no prematuro e no lactente** (SBP 2012; Pediatria Integral 2024). A correção por cirurgião pediátrico tem menos recidiva (AAP 2023). **Não usar funda (cinta herniária)** nem tentar "segurar" a hérnia com faixas.

- **Prematuro internado:** no ensaio **HIP** (JAMA 2024; 338 prematuros), a correção após a alta da UTI neonatal (e após 55 semanas de idade pós-menstrual) teve **menos evento adverso grave que a correção antes da alta (18% contra 28%)**, sobretudo abaixo de 28 semanas e na displasia broncopulmonar; a AAP (2023) já indicava adiar. Decisão do cirurgião com o neonatologista, com a família orientada sobre encarceramento.
- **Ex-prematuro e anestesia — apneia pós-anestésica:** em 428 ex-prematuros, a apneia ocorreu em 4,7% abaixo de 45 semanas e em 0,8% entre 45 e 60 semanas, sobretudo com displasia broncopulmonar, enterocolite ou apneia prévia (Özdemir e Arıkan, 2013); anemia também aumenta o risco, e os eventos aparecem em até 12 horas (OpenAnesthesia 2023). Por isso o ex-prematuro abaixo de cerca de 55–60 semanas de idade pós-menstrual e o

lactente a termo muito jovem **são operados em hospital com internação e monitorização cardiorrespiratória**, não com alta no mesmo dia; a raquianestesia não dispensa a monitorização.

- **Lado oposto:** hérnia contralateral em 5–20% (BMJ/BAPS 2017).

Hidrocele. A **não comunicante** do lactente é **observada pelo pediatra** (EAU 2026): a maioria regride no 1º ou 2º ano. **Encaminhar ao cirurgião** se for **comunicante**, se houver **suspeita de hérnia associada** ou de doença testicular (cirurgia mais precoce — EAU 2026), se for **tensa, volumosa ou abdominoescrotal**, se **persistir** após essa fase ou se surgir no menino maior. A idade da cirurgia é decisão do cirurgião. **Não usar agentes esclerosantes** (peritonite química — EAU 2026).

Hérnia umbilical. Observação (CIPE 2019): cerca de 90% fecham até 5–6 anos. Medir o anel nas consultas. **Não usar moeda, faixa, esparadrapo ou qualquer objeto:** não aceleram o fechamento e machucam a pele (Caderneta da Criança do MS, sobre o coto; Pediatria Integral 2024). Encaminhar ao cirurgião (eletivo) se:

- **persistir após 4–5 anos** (padrão do site; CIPE 2019: após 3–6 anos);
- **anel > 1,5–2 cm após 2 anos** sem redução no acompanhamento (TelessaúdeRS 2020);
- **probóscide** persistente após 2 anos, dor recorrente ou encarceramento (Pediatria Integral 2024).

Hérnia epigástrica. Não regride: **encaminhamento eletivo** ao cirurgião; costuma ser operada a partir de 3 anos, antes se doer (Pediatria Integral 2024).

Analgesia antes e depois da cirurgia (conforme "Analgesia e sedação para procedimentos na emergência pediátrica"; codeína proscrita; tramadol só a partir de 12 anos):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor; reavaliar após 48–72 h	Máx. 75 mg/kg/dia, teto por dose da apresentação (bulas: gotas 200 mg/mL máx. 35 gotas, suspensão 32 mg/mL máx. 15 mL e 100 mg/mL máx. 2,5 mL abaixo de 12 anos; comprimidos só a partir de 12 anos; nunca > 1 g/dose), nunca > 4 g/dia (padrão do site; bula); hepatotoxicidade cumulativa no jejum e na desidratação
Dipirona	15 mg/kg/dose	6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Não usar < 3 meses ou < 5 kg (bula); padrão do site; SBP 2024 e MS: 15–25 mg/kg
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Enquanto houver dor	A partir de 6 meses (padrão do site); evitar na desidratação
Morfina IV	0,05–0,1 mg/kg/dose	4 h	Dor intensa	Só no serviço, monitorizada (SBP 2024)

- **Não alternar** analgésicos. Na suspeita de encarceramento, **nada por via oral** (jejum conforme ASA/SBA).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Hérnia inguinal ou umbilical que não reduz**, dolorosa, endurecida, com choro inconsolável, irritabilidade ou vômitos.
- Sinais de estrangulamento: pele vermelha ou arroxeadada, vômitos biliosos, distensão, parada de eliminação de fezes e gases, sangue nas fezes, febre, toxemia, taquicardia ou choque.
- Menina com **massa dolorosa e irreduzível no grande lábio** ou na região inguinal (ovário encarcerado ou torcido).
- **Aumento escrotal agudo e doloroso** (torção testicular até prova em contrário).

Tentar ou não a redução

- **A redução manual (taxe) é feita pelo cirurgião ou pela equipe do pronto-socorro**, com analgesia e sedação; reduz 70–95% (Abdulhai et al., 2017). Reduzida, a **correção é feita com prioridade**, conforme o cirurgião, pelo alto risco de novo encarceramento (BMJ/BAPS 2017).
- **Não tentar a redução** (cirurgia de urgência) se houver **peritonite, instabilidade hemodinâmica, sinais de isquemia ou perfuração** — pele arroxeadada, sangue nas fezes, toxemia, obstrução estabelecida (Abdulhai et al., 2017). A manobra forçada pode reduzir alça necrosada.

- **No consultório:** acalmar a criança e observar se volta sozinha; **sem manobras vigorosas;** se não reduzir, encaminhar.

Como encaminhar

1. **Ligar antes** para o serviço com cirurgião pediátrico; acionar o SAMU (192) se houver sinais de estrangulamento ou choque.
2. **Jejum;** analgesia disponível sem via oral; posição confortável, sem compressão local.
3. Toxemia ou choque: acesso venoso e expansão com cristaloide conforme o protocolo do site; **oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98%** fora do período neonatal (no recém-nascido e no prematuro, as metas neonatais).
4. **Relatório:** hora do início, reduções prévias, idade gestacional, comorbidades e medicamentos dados.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A hérnia da virilha não some sozinha e precisa de cirurgia."
- "Se o caroço ficar duro, dolorido, vermelho ou roxo, não voltar ao normal com o bebê calmo, ou vier com vômitos ou choro sem parar, vá ao pronto-socorro **sem dar comida nem leite.**"
- "A hidrocele costuma sumir sozinha. Avise se o volume mudar no dia, ficar tenso ou doer."
- "A hérnia do umbigo fecha sozinha na maioria das crianças. **Não use moeda, faixa, esparadrapo nem botão:** não ajudam e machucam a pele."
- Retornar se houver febre ou secreção na ferida operatória ou hérnia do outro lado.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Documento (versão/data)	Seguimento do premature, 2012; CIPE, 11/2019	Caderneta da Criança, 3ª ed., 2021	Clinical report e HealthyChil- dren, 2023	Sem diretriz pediátrica	Pediatria Inte- gral, 2024	Sem posição específica localizada	Boston Chil- dren's (páginas atuais)	Oxford segue o NICE; Cam- bridge v8 01/2026, v9 12/2025
Hérnia inguinal	Indicação ci- rúrgica; emer- gência se irredutível	Sinal de alerta na consulta	Cirurgia; mo- mento confor- me os sintomas	Sem diretriz pediátrica	Ao diagnósti- co, preferente	Sem posição específica localizada	Logo após o diagnóstico; no RN pode adiar	Cambridge: mais pressa quanto menor
Prematuro	Diagnosticar no seguimento	Sem posição	Adiar até após alta da UTI neonatal	Sem diretriz pediátrica	Alto risco de encarceramen- to	Sem posição específica localizada	Pode adiar até crescer	Cambridge: bebês peque- nos pernoitam
Hidrocele	Sem posição	Sem posição	Observar até 12–18 meses	Sem diretriz pediátrica	Cirurgia após 18–36 meses	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Cambridge: ci- rurgia após 3 anos
Hérnia umbilical	Fecha até 2 anos no pré- termo; CIPE: cirurgia após 3–6 anos	Sem faixa nem moeda no coto	Sem posição específica localizada	Sem diretriz pediátrica	A partir de 4 anos; > 1,5 cm; sem contenção	Sem posição específica localizada	Observar; ci- rurgia se não fechar até 5 anos	Segue o NICE
Hérnia epigástrica	Sem posição	Sem posição	Sem posição específica localizada	Sem diretriz pediátrica	Sempre cirúr- gica; a partir de 3 anos	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências concordam que a **hérnia inguinal não regride e deve ser corrigida**, com mais pressa quanto menor a criança, que a irredutível é urgência e que o diagnóstico é clínico. A **CIPE** (2019), a **AEP** (2024) e o **Boston Children's** apoiam a observação da hérnia umbilical. A divergência real é o **momento da correção no prematuro internado**: a AAP (2023) e o ensaio HIP (2024) favorecem a correção após a alta da UTI neonatal, enquanto o BMJ/BAPS (2017) defende operar antes da alta. Varia a **idade de cirurgia da hidrocele** (12–18 meses na AAP, 18–36 na AEP, após 3 anos em Cambridge) e da umbilical (3–6 anos).

Posição adotada pelo site: a da **SBP** — hérnia inguinal sempre cirúrgica, encaminhada com prioridade no prematuro e no lactente; como a SBP e o Ministério da Saúde não tratam do momento no prematuro, da apneia pós-anestésica, da hidrocele nem da hérnia epigástrica, o site segue a **AAP 2023 e o ensaio HIP** no prematuro e a **EAU 2026 e a AEP** na hidrocele e na epigástrica; na hérnia umbilical, a **CIPE**, com cirurgia a partir de 4–5 anos (padrão do site).

PONTOS PRÁTICOS

1. Hérnia inguinal é diagnóstico clínico (a foto vale) e sempre cirúrgica: encaminhar com prioridade no prematuro e no lactente.
2. Hérnia irreductível e dolorosa: pronto-socorro em jejum; redução só no serviço e nunca com peritonite, choque ou isquemia.
3. Transiluminação não exclui hérnia no lactente; hidrocele que varia de volume é comunicante e vai ao cirurgião.
4. Hérnia umbilical: observar e medir o anel; nada de moeda ou faixa; cirurgia se persistir após 4–5 anos ou anel grande.
5. Menina com nódulo no grande lábio pode ter ovário no saco; dolorido e irreductível é urgência.
6. Ex-prematuro operado precisa de hospital com monitorização pós-anestésica pelo risco de apneia.

Veja também, nesta Biblioteca: **Escroto agudo — torção testicular, torção de apêndice e orquiepididimite** e **Testículo não descido (criptorquidia) e testículo retrátil** (nesta área); **Fimose, criptorquidia, hérnias, hidrocele e escroto agudo e Dor abdominal aguda** (Patologias do consultório); **Emergências Cirúrgicas Neonatais** (Neonatologia); **Analgesia e sedação para procedimentos na emergência pediátrica** (Urgências e emergências).

8. Fontes

- SBP, Departamento de Neonatologia. Seguimento ambulatorial do prematuro de risco, 2012. [PDF](#)
- Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica (CIPE). Nota técnica — hérnia umbilical, 2019. cipe.org.br
- Ministério da Saúde. Caderneta da Criança — menina, 3ª ed., 2021. [PDF](#)
- TelessaúdeRS-UFRGS. Quando crianças com hérnia umbilical devem ser tratadas cirurgicamente?, 2020. ufrgs.br
- American Academy of Pediatrics. Khan FA et al. Assessment and Management of Inguinal Hernias in Children. Pediatrics, 2023. [PubMed](#); [resumo de um dos autores](#)
- AAP. Inguinal Hernia in Infants & Children (HealthyChildren), 2023. healthychildren.org
- HIP Trial Investigators. Effect of Early vs Late Inguinal Hernia Repair on Serious Adverse Event Rates in Preterm Infants. JAMA, 2024. [PubMed](#)
- EAU. Paediatric Urology Guidelines — Hydrocele, 2026. uroweb.org

- Souto Romero H, Rico Espiñeira C, Espinosa Góngora R. Cirugía programada — calendario quirúrgico. Pediatría Integral (SEPEAP/AEP), 2024. pediatriaintegral.es
- Tardáguila Calvo AR, Fernández Jiménez MI, de Diego García EM. Actualización en malformaciones y defectos de la pared abdominal. Pediatría Integral, 2024. [PDF](#)
- Boston Children's Hospital. Inguinal Hernia; Umbilical Hernia. [Inguinal](#), [Umbilical](#)
- Cambridge University Hospitals. Inguinal hernia in children (v8, 2026); Hydrocele in boys (v9, 2025). [Hérnia](#), [Hidrocele](#)
- Bowling K et al. Management of paediatric hernia. BMJ, 2017 (BAPS). [PDF](#)
- Abdulhai SA, Glenn IC, Ponsky TA. Incarcerated Pediatric Hernias. Surg Clin North Am, 2017. [PDF](#)
- Özdemir T, Arıkan A. Postoperative apnea after inguinal hernia repair in former preterms, 2013. [PMC](#)
- OpenAnesthesia. Apnea of Prematurity and Postoperative Apnea, 2023. openanesthesia.org

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.