

# Pequena cirurgia no consultório — massas cervicais congênitas, abscessos de pele, unha encravada e lesões de partes moles

O que o pediatra resolve no consultório e o que encaminha ao cirurgião pediátrico — cistos cervicais congênitos, drenagem de abscesso, unha encravada, lacerações, corpo estranho e anestesia local

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 pediatra reconhece as **massas cervicais congênitas** pela localização: na **linha média**, o **cisto do ducto tireoglosso** sobe com a deglutição e com a protrusão da língua, e o **cisto dermoide** acompanha a pele; na **borda anterior do esternocleidomastóideo** ficam o **cisto e a fístula branquial**; no **triângulo posterior**, a **malformação linfática**, mole e transluminável. O primeiro exame é a **ultrassonografia**, que no tireoglosso confirma também a tireoide tópica. Todas vão ao **cirurgião pediátrico** de forma eletiva e **nunca** são puncionadas ou drenadas no consultório; o cisto infectado recebe antibiótico e encaminhamento com urgência. O **abscesso de pele** flutuante é **drenado** (MS 2011; SBP 2022), e o antibiótico (**cefalexina 50–100 mg/kg/dia** ou cobertura para MRSA comunitário) fica para casos selecionados. A **unha encravada** começa com tratamento conservador. **Lacerações simples** são fechadas com sutura, fita ou adesivo, com **lidocaína até 4 mg/kg** (7 mg/kg com adrenalina) e **tétano** pela tabela do MS. Toxemia, flutuação cervical, risco para a via aérea, lesão de tendão ou nervo e ferida complexa vão ao **pronto-socorro** (●).

## 1. O que é e como se apresenta

**Massas cervicais congênitas** — menos frequentes que o linfonodo reacional, não regredem e tendem a infectar:

| ENTIDADE                                                           | ONDE E COMO                                                                                                               | CONDUTA                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cisto do ducto tireoglosso</b>                                  | Linha média, junto ao hioide; <b>sobe com a deglutição e a protrusão da língua</b> ; infecta após infecção de vias aéreas | USG (cisto e <b>tireoide tópica</b> ); cirurgia de <b>Sistrunk</b> (com a porção central do hioide) |
| <b>Anomalia branquial</b> (2º arco na maioria)                     | Borda anterior do esternocleidomastóideo; cisto (maiores) ou orifício de fístula com secreção (menores)                   | Exérese do trajeto pelo cirurgião                                                                   |
| <b>Malformação linfática</b> (linfangioma, antigo higroma cístico) | Triângulo posterior, face ou axila; mole, transluminável; cresce de repente com infecção ou sangramento                   | Equipe de malformações vasculares (escleroterapia ou cirurgia)                                      |
| <b>Cisto dermoide</b>                                              | Linha média (submentoniano) ou cauda da sobrancelha; <b>move-se com a pele, não sobe com a deglutição</b>                 | Exérese eletiva                                                                                     |
| <b>Fibromatose colli</b>                                           | Nódulo firme no esternocleidomastóideo do lactente, com torcicolo                                                         | Fisioterapia — ver "Deformidades Posicionais e Estruturais do RN"                                   |

**Quando é linfonodo:** massa lateral, móvel, elástica, com infecção na área de drenagem — conduta e sinais de alerta em "Linfonodomegalias e linfadenites na criança" e "Infecções profundas de cabeça e pescoço", sem mudança de critérios.

**Abscesso e furúnculo:** nódulo eritematoso, quente, doloroso e **flutuante**; o carbúnculo é a coalescência de furúnculos. Agente: *Staphylococcus aureus*, inclusive o resistente à metilicina da comunidade (MRSA comunitário), de prevalência regional variável (SBP 2022).

**Unha encravada (onicocriptose):** a borda lateral da lâmina penetra a prega ungueal, quase sempre no hálux; a causa mais frequente é o **corte curvo da unha** (SBP 2024), somado a calçado apertado, trauma e sudorese. A gravidade (leve, moderada, grave) orienta a conduta (AAFP 2019).

**Lacerações e corpo estranho:** a conduta depende de tensão, profundidade, local, contaminação e tempo desde o trauma (MS 2011).

**Mordeduras:** conduta em "Acidentes domésticos" e "Profilaxia pós-exposição".

## 2. Classificação de gravidade

| GRAVIDADE  | CRITÉRIOS CLÍNICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CONDUTA                                                                                                                                                                                             |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ● Leve     | Massa cervical congênita não infectada; furúnculo sem flutuação; unha encravada leve; laceração linear de baixa tensão; farpa superficial                                                                                                                                                                                                                                                                    | Encaminhamento <b>eletivo</b> ao cirurgião (massas); compressas mornas; conservador; fechamento da ferida; tétano; retorno programado                                                               |
| ● Moderada | <b>Cisto congênito infectado</b> sem abscesso nem toxemia; <b>abscesso de pele drenável</b> fora de áreas de risco; unha encravada infectada ou com granulação; laceração que exige sutura em planos; corpo estranho profundo ou não visível                                                                                                                                                                 | Antibiótico e encaminhamento <b>com urgência</b> ao cirurgião (cisto infectado); drenagem no consultório; reavaliação em 24–48 h; encaminhamento eletivo para cirurgia da unha ou do corpo estranho |
| ● Grave    | Toxemia; <b>flutuação cervical</b> , facial central, periorbitária, de mão ou perineal; massa cervical com <b>estridor, disfagia, sialorreia ou desconforto respiratório</b> ; celulite que progride após 48 h de antibiótico; suspeita de fasciite necrosante; laceração com lesão de tendão, nervo ou vaso, sangramento persistente, ferida extensa ou que exige sedação; suspeita de lesão não accidental | <b>Pronto-socorro/hospital:</b> antibiótico parenteral, imagem, drenagem ou reparo cirúrgico, via aérea protegida                                                                                   |

### Fatores de risco que elevam a gravidade

- Lactente < 3 meses, imunodepressão, diabetes, desnutrição, dermatite atópica extensa, varicela recente.

- Face central, órbita, pescoço, mão, períneo e genitais; abscessos recorrentes ou contato com MRSA comunitário.
- Ferida suja, perfurante, por esmagamento, com corpo estranho ou com mais de 6–8 h (MS 2011); esquema antitetânico incompleto ou desconhecido.

### 3. Diagnóstico no consultório

---

**Massas cervicais:** o exame sugere o diagnóstico. A **ultrassonografia** é o primeiro exame (AEPap 2016; Boston Children's): separa cisto, massa sólida e linfonodo e, no tireoglossos, **confirma tireoide tóxica** — a "massa" da linha média pode ser a única tireoide (ectópica). Se a tireoide não for vista, TSH e T4 livre e discussão com o cirurgião. **Não puncionar:** a punção não trata, infecta e dificulta a cirurgia.

**Diferencial que não pode passar:** linfonodo com sinais de alerta, linfoma, rabdomiossarcoma, nódulo tireoidiano, hemangioma, abscesso retrofaríngeo, Kawasaki, micobacteriose atípica.

**Abscesso:** clínico; **ultrassonografia** quando não há flutuação evidente (SBP 2022); **cultura** da secreção drenada (resistência local); hemograma, PCR e hemocultura só com sinais sistêmicos.

**Unha encravada:** clínica; radiografia se houver suspeita de osteomielite ou exostose subungueal.

**Lacerações e corpo estranho:** ABC primeiro (MS 2011); testar **motricidade, sensibilidade, perfusão e tendões antes da anestesia**; radiografia para vidro e metal, ultrassonografia para madeira e plástico. Lesão incompatível com o mecanismo ou com a idade sugere maus-tratos: notificação obrigatória (compulsória).

### 4. Tratamento e seguimento

---

**Do cirurgião pediátrico:** massas congênitas, malformação linfática (com a equipe de malformações vasculares), cirurgia da unha, feridas complexas e corpos estranhos profundos.

**Cisto cervical congênito infectado:** antibiótico imediato (Boston Children's) e encaminhamento com urgência; **não incisar nem puncionar:** opera-se após a infecção, e só o abscesso é drenado, pelo cirurgião (AEP, En Família). Operar antes da 1ª infecção dá melhor resultado (Boston Children's).

**Drenagem do abscesso de pele (MS 2011; SBP 2022):** antissepsia; lidocaína 1% sem vasoconstritor ao redor (analgesia oral antes; sedação no pronto-socorro se a criança não colaborar); incisão no ponto de maior flutuação; romper as lojas; irrigar; deixar aberto; reavaliar em 24–48 h. Furúnculo sem flutuação: compressas mornas. Cisto epidermoide infectado: só drenar, e a cápsula sai depois (MS 2011).

**Antibiótico após a drenagem:** halo eritematoso > 2 cm ou carbúnculo (SBP 2022); sinais sistêmicos, abscessos múltiplos, imunodepressão, lactente, local de risco ou falha da drenagem ("Impetigo, celulite e abscessos"). No abscesso simples, **a drenagem basta** (MS 2011; AEP 2022). Recorrência: mupirocina nasal 12/12 h por 5 dias para o paciente e os contatos (SBP 2022).

#### **Unha encravada:**

- **Conservador:** imersão em água morna com sabão por 10–20 min, 2 a 4 vezes ao dia; mecha de algodão ou fio dental sob a borda; calçado largo; **corte reto, sem aparar os cantos** (SBP 2024; AAFP 2019; CUH 2026).
- **Antibiótico oral só com celulite ou paroníquia** (AAFP 2019; SBP 2022).
- **Cirurgia** no grau grave, na recidiva ou na falha do conservador: avulsão parcial da borda com tratamento da matriz — ressecção (MS 2011) ou fenol, que reduz a recidiva (AAFP 2019; CUH 2026) —, sob **bloqueio digital com lidocaína sem vasoconstritor** (MS 2011). Avulsão total não é indicada.

#### **Lacerações:**

- Irrigação abundante, desbridamento e hemostasia; **fechamento primário** na ferida limpa; > 6–8 h é contraindicação **relativa** (MS 2011). Mordedura em geral não se fecha, salvo na face ou por necessidade estética ou funcional (MS 2011).
- **Adesivo tecidual ou fita:** ferida linear, de baixa tensão; estética semelhante à da sutura, com menos dor e tempo e um pouco mais de deiscência (Cochrane 2002; Pediatrics 1996). Evitar pálpebra, vermelhão do lábio, mucosa, mão, articulação, períneo e ferida > 5 cm.
- **Sutura:** náilon 4-0 a 6-0; absorvível em mucosa e plano profundo. **Retirada:** face 5 dias; membros inferiores e articulações 10–12 dias; demais regiões 7 dias (MS 2011).
- **Tétano:** tabela do MS em "Profilaxia pós-exposição" — ferida de alto risco com esquema incerto ou < 3 doses recebe vacina e soro ou imunoglobulina antitetânica.

**Corpo estranho subcutâneo:** retirar o superficial ou visível; o pequeno, profundo e assintomático pode ficar; ao cirurgião se não localizado ou próximo de estrutura nobre; tétano sempre (MS 2011).

**Anestesia local:** calcular a dose máxima **antes** de aspirar a seringa — **lidocaína 1% = 10 mg/mL; 4 mg/kg = 0,4 mL/kg**. Toxicidade (parestesia perioral, agitação, convulsão, arritmia): suporte e emulsão lipídica 20% no serviço (AAP/AAPD 2019).

| MEDICAMENTO                             | DOSE                                                                       | INTERVALO                   | DURAÇÃO                                   | OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA                                                                                      |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lidocaína 1% ou 2%                      | <b>Máx. 4 mg/kg sem adrenalina; 7 mg/kg com adrenalina</b>                 | Dose única por procedimento | —                                         | <b>–30% abaixo de 6 meses</b> (AAP/AAPD 2019; padrão do site); bloqueio digital sem vasoconstritor (MS 2011) |
| EMLA (pele íntegra) ou gel LAT (ferida) | EMLA ≈ 1 g/10 cm <sup>2</sup> sob oclusão por ≈ 1 h, com limites por idade | Antes do procedimento       | —                                         | EMLA: bula, via "Analgesia e sedação"; LAT manipulado (SEUP 2024)                                            |
| Cefalexina                              | <b>50–100 mg/kg/dia</b> (máx. 4 g/dia)                                     | 6/6 h                       | 7 dias, prolongando se não houver melhora | Cisto infectado, celulite, abscesso com indicação, paroníquia (SBP, DC nº 12, 02/2022 — Picadas de inseto)   |
| Sulfametoxazol-trimetoprima             | 8–12 mg/kg/dia de trimetoprima                                             | 12/12 h                     | ≥ 7 dias                                  | MRSA comunitário (dose IDSA; duração SBP 2022); a partir de 2 meses (bula); cobre mal o estreptococo         |
| Clindamicina                            | 25–40 mg/kg/dia (SBP 2003; IDSA, via oral: 30–40)                          | 6/6 h ou 8/8 h              | ≥ 7 dias                                  | MRSA comunitário ou alergia a betalactâmico (IDSA, via "Impetigo, celulite e abscessos"; SBP 2022)           |
| Paracetamol / dipirona / ibuprofeno     | 10–15 mg/kg/dose (máx. 75 mg/kg/dia) / 15 mg/kg/dose / 5–10 mg/kg/dose     | 4–6 h / 6/6 h / 6–8 h       | Enquanto houver dor                       | Padrão do site: dipirona não < 3 meses ou < 5 kg; ibuprofeno a partir de 6 meses                             |

Mordedura: amoxicilina-clavulanato **45 mg/kg/dia** de amoxicilina, conforme "Acidentes domésticos".

**Não usar:** punção ou drenagem de massa cervical congênita; antibiótico sem drenagem em abscesso flutuante; antibiótico oral de rotina na unha encravada sem celulite; codeína (proscrita); tramadol abaixo de 12 anos; lidocaína sem cálculo da dose; fechamento primário de ferida suja e antiga.

## 5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Toxemia, febre alta com prostração, taquicardia ou má perfusão; lactente < 3 meses com infecção de partes moles.

- Flutuação **cervical** (conduta de "Linfonodomegalias"), facial central, periorbitária, de mão com limitação ou perineal.
- Massa cervical com **estridor, disfagia, sialorreia, trismo** ou desconforto respiratório; malformação linfática que **cresce de repente**.
- Celulite que progride após 48 h de antibiótico oral; suspeita de fasciite necrosante.
- Laceração com sangramento que não cede à compressão, lesão de tendão, nervo ou vaso, ferida transfixante de lábio, pálpebra ou cartilagem, ferida extensa ou que exige sedação.

**Como encaminhar:** via aérea, respiração e circulação; com desconforto respiratório, posição de conforto, sem examinar a orofaringe à força; oxigênio para manter **SpO2 entre 94% e 98%** (evitando hiperóxia); acesso venoso e cristalóide se má perfusão; **compressão direta** no sangramento; curativo limpo, membro elevado; analgesia; demarcar a celulite com o horário; contatar o serviço de destino e acionar o SAMU (192) se houver instabilidade.

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

---

- "O caroço no pescoço é benigno, mas não some sozinho; o cirurgião vai avaliar. Não esprema nem fure."
- "Corte a unha reto e use calçado largo."
- **Volte no mesmo dia se houver:** caroço vermelho, quente ou que cresce de repente; febre com prostração; vermelhidão além da marca; falta de ar, dificuldade para engolir ou baba; ferida que abre ou sangra; dedo frio ou dormente.

## 7. Comparação com as referências

| ITEM                       | SBP                                                                          | MINISTÉ-<br>RIO DA<br>SAÚDE                                              | AAP                                                            | NICE                              | AEP                                                     | JOHNS<br>HOPKINS                  | HARVARD                                                      | OXFORD /<br>CAM-<br>BRIDGE                   |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Documento<br>(versão/data) | DC Infecções bacterianas superficiais cutâneas, 12/2022; GPA nº 140, 03/2024 | Cadernos de Atenção Primária nº 30, Procedimentos, 2011                  | Coté e Wilson, AAP/AAPD, 06/2019                               | NG141, celulite, 2019             | Piel y partes blandas, 2022; AEPap, 2016; SEUP, 02/2024 | Sem posição específica localizada | Boston Children's, cisto tireoglossos                        | CUH, unha encravada, v4, 06/2026             |
| Massas cervicais           | Sem posição específica localizada                                            | Sem posição específica localizada                                        | Sem posição específica localizada                              | Sem posição específica localizada | USG inicial; diferencial congênito (AEPap)              | Sem posição específica localizada | USG (cisto e tireoide); Sist-trunk; operar antes de infectar | Segue o NICE                                 |
| Abscesso                   | Drenar se flutuação; antibiótico se halo > 2 cm; anti-MRSA ≥ 7 dias          | Incisão e drenagem bastam no abscesso simples                            | Sem posição específica localizada                              | Celulite: flucloxacilina 5–7 dias | Drenagem; antibiótico em casos selecionados             | Sem posição específica localizada | Sem posição específica localizada                            | Segue o NICE                                 |
| Unha encravada             | Corte reto preventivo; paroníquia: cefalosporina ou amoxicilina-clavulanato  | Remover segmento e matriz; bloqueio sem vasoconstritor                   | Sem posição específica localizada                              | Sem posição específica localizada | Sem posição específica localizada                       | Sem posição específica localizada | Sem posição específica localizada                            | Cuidados primeiro; avulsão parcial com fenol |
| Lacerações e tétano        | Sem posição específica localizada                                            | Fechamento até 6–8 h (relativo); pontos 5/7/10–12 dias; tabela do tétano | Sem diretriz; ensaio em Pediatrics (1996): adesivo equivalente | Sem posição específica localizada | Sem posição específica localizada                       | Sem posição específica localizada | Sem posição específica localizada                            | Segue o NICE                                 |
| Anestesia local            | Sem posição específica localizada                                            | Lidocaína 1% sem vasoconstritor                                          | Máx. 4 mg/kg (7 com adrenalina); –30% < 6 meses                | Sem posição específica localizada | LAT, EMLA, bloqueio digital (SEUP)                      | Sem posição específica localizada | Sem posição específica localizada                            | Segue o NICE                                 |

**Leitura:** todas concordam que **a drenagem trata o abscesso**; mudam os critérios de antibiótico — halo > 2 cm (SBP 2022), casos selecionados (AEP 2022), nenhum no abscesso simples (MS 2011). A SBP prefere a **cefalexina**, e o NICE (NG141), a flucloxacilina. Nas **massas cervicais**, só AEPap (2016) e Boston Children's se posicionam: ultrassonografia, tireoide confirmada e exérese; no cisto infectado, antibiótico e cirurgia depois da infecção (AEP, En Família). Na **unha encravada**, SBP (2024) e Cambridge (2026) priorizam o corte reto; MS, AAPF e Cambridge tratam a matriz. A **divergência** é o **vasoconstritor no bloqueio digital**: a AAPF (2019) considera segura a adrenalina 1:100.000–200.000; o MS (2011) usa lidocaína sem vasoconstritor. **Posição adotada pelo site:** a da SBP (2022) no abscesso e no antibiótico; onde a SBP não tem posição, a do Ministério da Saúde (2011) — feridas, bloqueio digital sem vasoconstritor e tétano; sem posição de ambos, AEPap e Boston Children's nas massas cervicais e AAP/AAPD (2019) na dose de lidocaína.

## PONTOS PRÁTICOS

1. Massa na linha média que sobe com a deglutição e com a língua é cisto do tireoglossos: ultrassonografia para ver a tireoide, cirurgião pediátrico, nunca punção.
2. Cisto congênito infectado: cefalexina e cirurgião com urgência; flutuação cervical, estridor, disfagia ou toxemia vão ao pronto-socorro.
3. Abscesso flutuante se trata com drenagem; antibiótico só com halo > 2 cm, sinais sistêmicos ou fatores de risco.
4. Unha encravada: corte reto, imersão morna e mecha de algodão; antibiótico só com celulite; cirurgia com tratamento da matriz na recidiva.
5. Lidocaína: 4 mg/kg (0,4 mL/kg a 1%) sem adrenalina, 7 mg/kg com adrenalina, 30% menos abaixo de 6 meses; bloqueio digital sem vasoconstritor.
6. Toda ferida e todo corpo estranho: caderneta conferida e tétano pela tabela do Ministério da Saúde.

Veja também, nesta Biblioteca: **Linfonodomegalias e linfadenites na criança**, **Impetigo**, **celulite e abscessos** e **Acidentes domésticos** (Patologias do consultório); **Infecções profundas de cabeça e pescoço** (Infectologia); **Deformidades Posicionais e Estruturais do RN** (Neonatologia); **Profilaxia pós-exposição** (Imunizações); **Analgesia e sedação para procedimentos na emergência pediátrica** (Urgências e emergências); **Malformações vasculares** (Dermatologia pediátrica).

## 8. Fontes

- SBP, Dermatologia e Infectologia. Infecções bacterianas superficiais cutâneas. Documento Científico, 2022. [PDF](#)
- SBP. Cuidados com a pele e anexos do recém-nascido. GPA nº 140, 2024. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Procedimentos. Cadernos de Atenção Primária nº 30, 2011. [PDF](#)
- AAP e AAPD. Coté CJ, Wilson S. Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during sedation, 2019. [PubMed](#); [PDF](#)
- Bruns TB et al. Laceration repair using a tissue adhesive in a children's emergency department. Pediatrics, 1996. [PubMed](#)
- Farion K et al. Tissue adhesives for traumatic lacerations in children and adults. Cochrane, 2002. [PubMed](#)
- NICE. Cellulitis and erysipelas (NG141), 2019. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)

- AEP. Marín Cruz I, Carrasco Colom J. Infecciones de piel y partes blandas. Protocolos, 2022. [PDF](#)
- AEPap. Algoritmo de adenopatía cervical. Adenitis, 2016. [algoritmos.aepap.org](#)
- SEUP. Sedoanalgesia en urgencias pediátricas, 4ª ed., 2024. [PDF](#)
- Boston Children's Hospital. Thyroglossal duct cyst. [childrenshospital.org](#)
- Cambridge University Hospitals NHS. Ingrown toenails in children, v4, 2026. [cuh.nhs.uk](#)
- AEP, En Familia. Quiste del conducto tirogloso. [aeped.es](#)
- Mayeaux EJ Jr, Carter C, Murphy TE. Ingrown toenail management. Am Fam Physician, 2019. [aafp.org](#)
- SBP, Departamento de Infectologia. Recomendação para antibioticoterapia de crianças e adolescentes com infecção por *Staphylococcus aureus* (Nascimento-Carvalho CM, Berezin EN), 2003 — clindamicina 25–40 mg/kg/dia. [PDF](#)

## 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](mailto:pediatra.stefani@gmail.com) · [www.neonatologia.com.br](http://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.