

SEPARATA CIENTÍFICA

8ª SEPARATA - EDIÇÃO N. 19 - FEVEREIRO 2021

TEMA EM REVISÃO

Estratégias de sedação em contexto pré-hospitalar

Costa, L.; Barreira, B.; Aguiar, A.; Eliseu, A.; Gouveia, A.

HOT TOPIC

Abordagem da Via Aérea em ambiente Pré-hospitalar

Morais, L.; Pratas, A.

TEMAS EM REVISÃO

Como adequar a ventilação mecânica invasiva no pré-hospitalar à patologia do doente

Varela, M.

O impacto da formação comunitária em SBV-DAE na sobrevivência à PCR

Mourão, C.; Martins, C.; Vicente, L.; Cartaxo, V.

RUBRICA PEDIÁTRICA

Bronquiolite aguda

Lima, R.

CASO CLÍNICO PEDIÁTRICO

Paragem cardiorrespiratória pediátrica - nem sempre falência respiratória

Fernandes, A.; Oliveira, Í.; Pereira, M.

CASO CLÍNICO TIP

A importância do transporte especializado pediátrico - a propósito de um caso de gastrosquisis

Pereira, R.



Contactos:

www.chalgarve.min-saude.pt/lifesaving
issuu.com/lifesaving
lifesavingonline.com
facebook.com/revistalifesaving
facebook.com/vmerdfaro

LIFE SAVING



A IMPORTÂNCIA DO TRANSPORTE ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO - A PROPÓSITO DE UM CASO DE GASTROSKISIS

Rita Justo Pereira ¹

¹Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário do Algarve

RESUMO

Descreve-se um caso clínico de gastrosquisis que, pelas suas características e gravidade necessitou de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) de Faro para o centro cirúrgico de referência em Lisboa. Foi realçado a importância e a necessidade das equipas especializadas de transporte.

Palavras-Chave: Gastrosquisis, transporte, neonatal.

ABSTRACT

A clinical case of gastroschisis is described which required specialized transport by the Pediatric Inter-Hospital Transport team, from Faro to a tertiary hospital in Lisbon, due to its characteristics and severity.

Keywords: Gastroschisis, transport, neonatal.

INTRODUÇÃO

A gastrosquisis é uma malformação congénita, que resulta de um defeito do encerramento da parede abdominal anterior através do qual ocorre herniação de conteúdo abdominal. Neste caso clínico a anomalia foi detectada ecograficamente às 25 semanas de gestação, tendo-se colocado as hipóteses de diagnóstico de gastrosquisis e onfalocelo. A gravidez, de mãe múltipara de 35 anos, foi planeada e vigiada, com serologias normais e decorreu sem intercorrências. No seguimento do diagnóstico pré-natal, foi realizada amniocentese e ecocardiograma fetal que descartaram aneuploidia e anomalias cardíacas, respectivamente. Foi marcada cesariana electiva às 38 semanas e 3 dias para garantir apoio anestésico e cirúrgico diferenciado ao recém-nascido, contudo a grávida recorreu ao Serviço de Urgência do CHUA em período expulsivo às 37 semanas e 6 dias. A recém-nascida de sexo feminino nasceu de parto distócico, por cesariana, apresentando-se deprimida com necessidade de reanimação por ventilação de pressão positiva, recuperando progressivamente, com

Índices de Apgar de 7/9/10. Ao nascimento confirmou-se o diagnóstico de gastrosquisis simples verificando-se o defeito da parede abdominal com exteriorização do estômago, de ansas intestinais, da bexiga, do útero e das trompas. Após a estabilização ventilatória e hemodinâmica, procedeu-se à contenção e protecção das ansas intestinais e à tentativa de redução da herniação da bexiga e útero pela especialista de Cirurgia Pediátrica. Em virtude da ausência de apoio anestésico diferenciado e pela necessidade de correcção cirúrgica precoce, foi decidida transferência para um hospital terciário, em Lisboa. Deste modo foi activada a equipa de TIP de Faro, que assegurou o transporte especializado, garantindo estabilidade hemodinâmica, medidas de protecção física e os cuidados de assepsia indispensáveis a esta condição patológica. A etiologia da gastrosquisis permanece desconhecida. Contudo, sabe-se que resulta do encerramento embrionário incompleto da parede abdominal anterior que condiciona a herniação das vísceras abdominais. Na gastrosquisis o defeito envolve

LIFE SAVING



todas as camadas da parede abdominal, incluindo o peritoneu e tem usualmente uma topografia paraumbilical direita¹. Não envolve directamente a inserção do cordão umbilical, ao contrário do que ocorre no onfalocelo, onde o defeito engloba também a zona de inserção do cordão, com herniação deste e das vísceras, mas contidas por peritoneu. Na gastrosquisis ocorre frequentemente extrusão das ansas intestinais, mas também de outros órgãos como o estômago, fígado ou bexiga². Esta pode ser classificada como simples (maioria dos casos) ou complexa, consoante a presença de alterações intestinais associadas como estenose, malrotação, volvo ou atresia intestinal¹. Geralmente surge como anomalia isolada, sendo rara a associação com anomalias extra-intestinais ou cromossomopatias, como acontece frequentemente no onfalocelo.

Em termos epidemiológicos a gastrosquisis é uma situação rara (1 em 4000 nados vivos) mas a sua incidência tem vindo a aumentar nas últimas décadas^{3,4}.

A maioria dos casos de gastrosquisis pode ser detectada no primeiro trimestre, com confirmação de diagnóstico na ecografia morfológica^{1,2}. Para além disso, quase todos os casos de gastrosquisis estão associados a elevação sérica materna de alfa-fetoproteína.

As principais complicações desta patologia durante a gravidez são o aumento do risco de restrição do crescimento intrauterino, do parto prematuro espontâneo, de espessamento e dilatação intestinal ou de morte fetal^{1,5-7}.

Idealmente quando é estabelecido o diagnóstico pré-natal, com adequado crescimento intrauterino e na ausência de contra-indicações obstétricas, tenta-se obter um parto de termo^{1,8} num hospital especializado com disponibilidade para actuação imediata de equipa multidisciplinar médica e cirúrgica, com cuidados neonatais intensivos. O tipo de parto a realizar permanece controverso^{1,8}. No entanto, a cesariana apresenta elevada prevalência pelo facto de ser uma opção que permite otimizar os cuidados neonatais⁸.

Na sala de parto, após permeabilização da via aérea e estabilização hemodinâmica, deve proceder-se de imediato a medidas de hidratação das vísceras herniadas utilizando compressas humedecidas em soro fisiológico aquecido. Posteriormente na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais é primordial a protecção e cobertura do conteúdo abdominal por invólucro plástico, de modo a preservar o calor e minimizar as perdas insensíveis de líquidos. A par destas medidas é necessária a administração via endovenosa de antibióticos de largo espectro e fluidoterapia, com aumento de 2 a 3 vezes das necessidades hídricas basais, de modo a compensar as perdas excessivas pelo intestino exposto¹. Além disso deve ser colocada sonda orogástrica para descompressão gástrica.

Quando possível o encerramento deve ser realizado durante o primeiro dia de vida, idealmente nas primeiras horas após o nascimento. Na maioria dos casos consegue-se a redução das vísceras e o encerramento primário¹.

Quando tal não é exequível, devido ao aumento da pressão abdominal, opta-se por um tratamento sequencial com colocação de silo que permitirá a redução progressiva do conteúdo herniado, ao longo dos dias, à medida que a capacidade abdominal aumenta.

O pós-operatório da gastrosquisis poderá ser prolongado (3 a 4 semanas) com necessidade de nutrição parentérica, já que é necessário aguardar a recuperação da função e trânsito intestinal. Existe portanto aumento da susceptibilidade a complicações neonatais como sépsis e enterocolite necrotizante⁷. Dentro das patologias de defeito da parede abdominal a gastrosquisis é aquela que tem prognóstico mais favorável¹, excepto em situações de gastrosquisis complexas que culminam em síndrome do intestino curto.

O facto desta patologia poder ter um diagnóstico pré-natal permite orientar o caso garantindo os recursos humanos médicos e cirúrgicos e o equipamento diferenciado, com vista à melhoria do prognóstico perinatal. Este caso clínico demonstra a importância e absoluta necessidade da existência de equipas especializadas de pediatra e enfermeiro, como acontece na TIP de Faro, para permitir a transferência inter-hospitalar destes recém-nascidos, com critérios de segurança, tanto mais que o hospital de nível III mais próximo do Algarve se encontra a mais de 200 Km de distância.


LIFE SAVING



MENSAGENS FINAIS

- A gastrosquisis é uma malformação congénita da parede abdominal anterior através da qual ocorre herniação de conteúdo abdominal.
- A extrusão de ansas intestinais é frequente, mas pode ocorrer herniação de outros órgãos.
- Na maioria dos casos o diagnóstico é conseguido através do estudo ecográfico pré-natal.
- O parto deve ser realizado num hospital especializado com disponibilidade para actuação imediata de equipa multidisciplinar médica e cirúrgica, com cuidados neonatais intensivos.
- É de extrema importância garantir medidas de hidratação das vísceras herniadas e a protecção do conteúdo abdominal, de modo a preservar o calor e minimizar as perdas insensíveis de líquidos.
- O tratamento cirúrgico com encerramento do defeito deve ser realizado durante o primeiro dia de vida.
- A existência de equipas especializadas como a TIP de Faro é de grande importância para permitir a correcta e adequada transferência inter-hospitalar destes casos neonatais.

TAKE-HOME MESSAGES

- **Gastroschisis is a congenital malformation of the anterior abdominal wall through which herniation of abdominal content occurs.**
- **Extrusion of intestinal loops is frequent, but herniation of other organs may occur.**
- **In most cases, the diagnosis is achieved through prenatal ultrasound studies.**
- **Delivery must be performed in a specialized hospital with availability for immediate action by a multidisciplinary medical and surgical team, with intensive neonatal care.**
- **It is extremely important to ensure hydration measures for the herniated viscera and protection of the abdominal contents in order to preserve heat and minimise insensitive liquid losses.**
- **Surgical treatment with defect closure must be performed during the first day of life.**
- **The existence of specialized teams such as the TIP Faro is of great importance to allow the correct and adequate interhospital transfer of these neonatal cases.** 

BIBLIOGRAFIA

1. Stephenson CD, Lockwood CJ, MacKenzie AP. Gastroschisis. UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on January 06, 2021)
2. Holland AJ, Walker K, Badawi N. Gastroschisis: an update. *Pediatric Surg Int* 2010; 26:871-878
3. Castilla EE, Mastroiacovo P, Orioli IM. Gastroschisis: international epidemiology and public health perspectives. *Am J Med Genet C semin Med Genet* 2008; 148C:162-179.
4. Mastroiacovo P, Lisi A, Castilla EE. The incidence of gastroschisis: Research urgently needs resources. *BMJ* 2006; 332:423-424.
5. Bergholz R, Boettcher M, Reinshagen K, Wenke K. Complex gastroschisis is a different entity to simple gastroschisis affecting morbidity and mortality – A systematic review and meta-analysis. *J Pediatr Surg* 2014;49:1527-1532
6. Lausman AY, Langer JC, Tai M, Seaward PG, Windrim RC, Kelly EN et al. Gastroschisis: what is the average gestational age of spontaneous delivery? *J Pediatr Surg* 2007, 42:1816-18221
7. Payne NR, Simonton SC, Olsen S, Aresen MA, Pflieger KM. Growth restriction in gastroschisis: quantification of its severity and exploration of a placental cause. *BMC Pediatr* 2011;11:90.
8. Martins D, Ramalho C. Gasrtoschisis: timing and route of delivery. *Acta Obstet Ginecol Port* 2015.9;5: 400-408.

EDITORA

LUÍSA GASPAR
Médica Pediatria

EDITOR

NUNO RIBEIRO
Enfermeiro VMER
TIP

REVISÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA