

Caso Clínico: Cirurgia Fetal

Prof. Dr. Carlos Antonio Barbosa Montenegro¹

Prof. Dra. Flávia Cunha dos Santos²

Prof. Dr. Jorge de Rezende Filho³

Identificação: Gestante de 30 anos, vendedora, moradora do Rio de Janeiro.

Queixa principal: Sem queixas

História da doença atual: GI P0 A0, inicia pré-natal com 14 semanas de gestação em Unidade básica de saúde. Foram solicitados exames de rotina de pré-natal e USG. Após 4 semanas retornou a consulta que confirmou idade gestacional calculada pela última menstruação porém foi tardia para o rastreamento de 1º trimestre. Exames de rotina de pré-natal foram normais e exame físico sem anormalidades. Orientada a retorno em 4 semanas e solicitado USG morfológica.

História patológica progressa: Nega patologias associadas, alergias, transfusões e cirurgias.

História familiar: Relata pai, mãe e irmãos saudáveis. **Exame Físico:** Ndn

Exames complementares: Durante realização de USG morfológica foi evidenciado presença de fígado em topografia de tórax.

Conduta: Paciente foi encaminhada ao Serviço de Medicina fetal onde foi diagnosticada hérnia diafragmática provavelmente à direita. Durante a avaliação, a paciente recebeu orientações e aconselhamento sobre possibilidades de tratamento. Foi realizada nova USG que não evidenciou outras anormalidades estruturais, a relação pulmão-cabeça (RPC) de 0,9. Foi encaminhada para fetoscopia e colocação na traquéia de balão endoluminal com 27 semanas. Procedimento ocorreu sem intercorrências. Com 34 semanas paciente foi submetida à nova fetoscopia para retirada do balão e também não apresentou intercorrências. No dia seguinte ao procedimento evoluiu com rotura prematura de membranas e trabalho de parto. Deu à luz RN do sexo masculino, 2020g que foi encaminhado à UTI neonatal para observação e tratamento.

Comentários

O caso clínico mostra a importância de uma rede básica de assistência, que tenha condições de identificar intercorrências tanto maternas como fetais ao longo do acompanhamento pré-natal, ligados à serviços de Medicina fetal e gestação de alto risco. Após a confirmação do diagnóstico e a conclusão da possibilidade de terapia cirúrgica, a paciente foi direcionada ao Serviço que pode realizar o procedimento. Tal procedimento tem que ser realizado em Maternidade de alto risco com UTI neonatal à disposição. Complicações obstétricas ligadas ao procedimento são a rotura prematura de membranas ovulares e o parto prematuro que foram mostrados no caso.

¹ Professor Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Membro Emérito da Academia Nacional de Medicina (ANM). Professor Adjunto da Escola de Medicina da FTESM. Diretor Científico do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro.

² Professora Assistente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Médica Obstetra da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

³ Professor Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Membro Titular da Academia Nacional de Medicina (ANM). Professor Livre-Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Professor Titular da Escola de Medicina da FTESM e da Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ).