

# Editorial

## Monitorando e tratando fetos com gastrosquise utilizando o *Sveltiza Reducibility Index (SRI)* e o procedimento *EXIT-like* - uma nova abordagem

Monitoring and treating fetuses with gastroschisis using the *Sveltiza Reducibility Index (SRI)* and the *EXIT-like* procedure - a novel approach

Manoel Carlos Prieto Velhote<sup>1</sup>

A Medicina e as ciências em geral somente avançam graças a novas ideias, que, para serem aceitas, devem ser testadas de acordo com as normas da academia. Estima-se que, de cada cem ideias novas e criativas, poucas trarão efetivamente alguma contribuição e melhoria. Porém lembrando Thomas Alva Edison “Sempre existe uma maneira melhor de fazer as coisas. Descubra-a!”.<sup>(1)</sup> Por isto, não se devem desprezar, *a priori*, ideias novas, desde que lógicas e coerentes.

O artigo ora em análise<sup>(2)</sup> baseia-se e é a recombinação de várias ideias que apareceram nos últimos 20 anos, e que ainda se encontram em evolução e longe de sua finalização. A gastrosquise, pelas dificuldades de tratamento e evolução conturbada, é uma malformação propícia à experimentação de novas ideias.

O tratamento ideal consiste na redução precoce e completa de todas as alças exteriorizadas, da maneira menos traumática possível, o que nem sempre é alcançado.

A redução das alças eventradas para dentro da cavidade abdominal à beira do

leito e sem anestesia é conhecida e aplicada desde 1998, como descrita por Bianchi.<sup>(3)</sup> As vantagens da redução imediata ou precoce das alças são também mencionadas com frequência, dentre outros por Kimble et al., em 2001.<sup>(4)</sup>

Já a antecipação do parto, para se obter uma redução mais fácil das alças hipoteticamente menos sofridas e edemaciadas, decorrentes de sua exposição ao líquido amniótico, embora mencionada,<sup>(5)</sup> está longe de ser um consenso,<sup>(6)</sup> como, aliás, é suficientemente demonstrado por pacientes que nascem a termo apresentando escassa serosite, bem como prematuros que nascem com intenso edema e congestão das alças.

A quantificação da progressão do edema das alças exteriorizadas pelo ultrassom, para antecipar o parto de uma criança de boa viabilidade, é uma medida interessante de ser discutida. No entanto, o citado *Sveltiza Reducibility Index (SRI)*, que utiliza o diâmetro da maior alça dilatada, a espessura da parede desta alça e a avaliação do anel da parede abdominal, não

<sup>1</sup> Disciplina de Cirurgia Pediátrica e Transplante Hepático Pediátrico, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Manoel Carlos Prieto Velhote - Rua São Firmo, 81 - Vila Ida - CEP: 05454-060 - São Paulo, SP, Brasil - Tel.: (11) 3021-2546  
E-mail: mvelhote@uol.com.br

DOI: 10.1590/S1679-45082017ED4238



Esta obra está licenciada sob uma Licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional.

consta do trabalho original de Svetliza et al.<sup>(7)</sup> Embora o diâmetro reduzido do anel da parede abdominal interfira na dificuldade de redução das alças e provavelmente se correlacione também com a espessura da parede das alças por congestão venosa *per si*, ele não é fator impeditivo para a redução das mesmas. Porém o alargamento cirúrgico é necessário, o que não seria compatível com a redução sem anestesia, mas poderia proporcionar a solução do problema.

A utilização do *ex-utero intrapartum treatment (EXIT)* no tratamento de malformação, especialmente na hérnia diafragmática, foi desenvolvida por Michel Harrison em 1997 em San Francisco.<sup>(8)</sup> Sua utilização no tratamento da gastrosquise foi inicialmente descrita por Zhang et al.,<sup>(9)</sup> em 2010, em dois casos complementado por discussão referente à anestesia neste tipo de conduta, em 2015, por Luo et al.,<sup>(10)</sup> também na China.

A recente participação em congressos do Dr. Javier Svetliza e a publicação, em 2011,<sup>(7)</sup> de sua experiência com a associação da redução precoce de Kimble et al.,<sup>(4)</sup> sem a utilização da anestesia de Bianchi et al.,<sup>(3)</sup> utilizando a circulação placentária de Harrison<sup>(8)</sup> *EXIT* com o procedimento de Zhang et al.,<sup>(9)</sup> despertaram bastante interesse pela possibilidade de melhorar os resultados finais da gastroquise, o que justificou a elaboração do trabalho em análise.

Divulgar alguns conceitos novos e instigantes é louvável, mas estes devem ser comprovados com casuística maiores, como os próprios autores mencionam. Porém, para se evidenciarem melhores resultados quanto ao tempo até alimentação plena, da necessidade de ventilação mecânica, tempo até alta hospitalar e mortalidade, deveríamos comparar resultados da redução do *EXIT-like* com a redução precoce pura e simples, realizada no centro cirúrgico na sala ao lado da sala de parto,

com ou sem anestesia, e não compará-los com os casos que utilizaram silos improvisados de PVC, de evolução e prognóstico reconhecidamente pior.

Difícil acreditar que meros 5 minutos de diferença entre tratar o paciente sobre as pernas da mãe ainda ligado ao útero ou na sala cirúrgica ao lado façam tanta diferença no final. Porém apenas séries randomizadas (talvez multicêntricas) podem consagrar as proposições de Svetliza como superiores às convencionalmente utilizadas.

## REFERÊNCIAS

1. Gauderer MW. Creativity and the surgeon. *J Pediatr Surg.* 2009;44(1):13-20.
2. Oliveira GH, Svetliza J, Vaz-Oliani DC, Liedtke Junior H, Oliani AH, Pedreira DA. Novel multidisciplinary approach to monitor and treat fetuses with gastroschisis using the Svetliza Reducibility Index and the EXIT-like procedure. *einstein (São Paulo).* 2017;15(4):395-402.
3. Bianchi A, Dickson AP. Elective delayed reduction and no anesthesia: 'minimal intervention management' for gastroschisis. *J Pediatr Surg.* 1998;33(9):1338-40.
4. Kimble RM, Singh SJ, Bourke C, Cass DT. Gastroschisis reduction under analgesia in the neonatal unit. *J Pediatr Surg.* 2001;36(11):1672-4.
5. Villamil V, Aranda García MJ, Sánchez Morote JM, Ruiz Pruneda R, Fernández Ibieta M, et al. [Management protocol in gastroschisis]. *Cir Pediatr.* 2017; 30(1):39-45. Spanish.
6. Grant NH, Dorling J, Thornton JG. Elective preterm birth for fetal gastroschisis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;5(6):CD009394. Review.
7. Svetliza J, Espinosa AM, Gallo M, Vélez MA. Gastroschisis: new perinatal management by the procedure Simil-EXIT. *Rev Colomb Salud Libre.* 2011; 10:11-22.
8. Mychaliska GB, Bealer JF, Graf JL, Rosen MA, Adzick NS, Harrison MR. Operating on placental support: the ex utero intrapartum treatment procedure. *J Pediatr Surg.* 1997;32(2):227-30; discussion 230-1.
9. Zhang ZT, Liu CX, Zhou YZ, Li QL, Wang WL, Huang Y, et al. [Intrapartum operation on fetuses with birth defects and its outcome]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2010;45(9):652-7. Chinese.
10. Luo D, Wu L, Wu H, Huang W, Huang H. Anesthetic management of a neonate receiving prenatal repair of gastroschisis. *Int J Clin Exp Med.* 2015;8(5):8234-7. eCollection 2015.