

Manuseio anestésico de paciente com gastrosquise

CET-SBA, Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro

■ Elizabeth Fernandes Voz
■ Marco A. C. Resende
■ Alberto Panha
■ Ewald Garrido
■ Leonardo C. M. Miranda

INTRODUÇÃO

A gastrosquise é um defeito congênito da parede abdominal anterior, que permite a herniação das vísceras abdominais, usualmente do lado direito, sem a cobertura do saco herniário. Raramente é associada a outras anomalias congênicas. Cuidados no controle hidroeletrólítico, glicêmico e ventilatório devem ser tomados.

RELATO DO CASO

RN do sexo feminino, 2,775 kg, 60 cm, 6 horas de vida, após gestação de 40 semanas, P3 (antigo ASA III), nascido de parto cesário, sem intercorrências logo após o nascimento. Na sala de operação foram usadas compressas umedecidas, com solução de cloreto de sódio 0,9% aquecida para proteger as vísceras expostas. O RN foi mantido sobre colchão térmico. Drenou-se o conteúdo gástrico e foram realizadas venóclises com Jelco nºs 22 e 24 em membros superiores esquerdo e direito, respectivamente. Monitorização feita com oxímetro de pulso/cardioscópio, ECG, em DII e V5, pressão arterial não-invasiva e estetoscópio precordial. Pré-oxigenação por 5 minutos. Intubado acordado. Utilizado sevoflurano em O₂ (1/min) para a manutenção, em sistema sem absorvedor de CO₂. Ventilação controlada. Relaxamento muscular com cisatracúrio (dose total de 0,6 mg). Volume total infundido de 250 ml (solução de glicose a 5% e Ringer com lactato) e diurese total de 5 ml. O procedimento cirúrgico durou 120 minutos, sem intercorrências.

DISCUSSÃO

A doença em questão acarreta grande déficit de fluidos e eletrólitos, com necessidade de reposição agressiva e monitorização do débito urinário. Pode ocorrer hipoglicemia grave, de rebote, durante a reposição. As dificuldades no perioperatório, em consequência do aumento da pressão intra-abdominal e da compressão da veia cava inferior, podem tornar a ventilação inadequada, prejudicar o fluxo sanguíneo visceral e levar a íleo prolongado, além de diminuir o *clearance* hepático e renal.

REFERÊNCIAS

1. Friedhoff RJ. Other neonatal emergencies. In: Faust A, editor. Anesth. review. 3rd ed. Philadelphia: Churchill, Uvingstone; 2002.p.411-2.
2. Barash PG, et al. Anestesia clínica. São Paulo: Manole, 4ª ed.p.1185-7.
3. Tan, KH et al Congenital anterior adominal wall deffects in England and Wales 1987 - 93: retrospective andlisis of OPCS data. BMJ 1996; 313:903-6.
4. Vilela PC, et al. Fatores prognósticos para óbito em recém-nascidos com gastrosquise. Acta Cir. Bras. 2002;17(Suppl.1):17-20.
5. Werler WW, et al. Maternal medication use and risks of gastroschisis and small intestinal atresia. Am J Epiteimiol. 2002;155(1):26-31.

Endereço para correspondência

Marco A. C. Resende

Rua General Pereira da Silva, 208 – apto. 1.002 – Icaraí
Niterói (RJ) – CEP 24220-031
Tel. (+55 21) 2711-2690 / 9952-2721
E-mail: macresende@ig.com.br