



21 A 23 DE MARÇO  
**DE 2024**  
TEATRO FACISA  
CAMPINA GRANDE - PB



## Trabalhos Científicos

**Título:** Atresia Esofágica Tipo C: Um Relato De Caso

**Autores:** LUANA FERNANDA FERNANDES ANDRADE (UNIFACISA), TEREZA RAQUEL DE BRITO FILGUEIRAS D'AMORIM (ISEA), MICHELE VENTURA BATISTA (UNIFACISA), DÉBORA TORRES CAVALCANTE (UNIFACISA), BRUNA TORRES CAVALCANTE (UNIFACISA), MARIA CLARA GALDINO LIMA (UNIFACISA), BRUNA GABRIELLA RODRIGUES (UNIFACISA), BEIZA OLIVEIRA DE MEDEIROS (UNIFACISA), MARIA EDUARDA FIGUEIREDO DE MELO (UNIFACISA), BYATRIZ LUNA SAMPAIO ALVES (UNIFACISA)

**Resumo:** A atresia de esôfago (AE) é uma anomalia congênita (AC) caracterizada pela interrupção do esôfago, frequentemente, acompanhada por fístula traqueal. Essa condição é relativamente comum e pode estar associada a outras malformações. O prognóstico depende dos manejos clínico e cirúrgico adequados, evidenciando a relevância do estudo dessa doença. "Recém-nascido (RN), masculino, nascido de 34 semanas e 6 dias, apresentou desconforto respiratório após nascimento, necessitando de suporte de oxigênio. Foi passada sonda orogástrica (SOG), sem progressão, levantando a hipótese diagnóstica de AE com fístula traqueal distal, reforçada por radiografia de tórax e abdome sugestiva. Em seguida, a dieta oral foi suspensa e realizado cateterismo umbilical para dieta parenteral. O RN se manteve em aspiração de vias aéreas contínua e foi submetido a ecocardiograma (ECO) de triagem para cirurgia, o qual identificou alterações que não contraindicaram a cirurgia, sendo realizada traqueorrafia, esofagoplastia e drenagem pleural direita. No pós-operatório, o paciente foi sedado e curarizado, e iniciou-se a administração de Ampicilina e Gentamicina. RN evoluiu com quadro de acidose metabólica compensada, hipotermia, icterícia neonatal tardia, hiponatremia e hipoalbuminemia no 2º dia de pós-operatório (DPO). A conduta clínica foi mantida, com vigilância da curva térmica e acompanhamento com a cirurgia pediátrica. Chegado o 8º DPO, o estado geral do paciente se manteve regular, foi iniciada a dieta por via oral, após realização do esofagograma sem evidências de fístulas." "O diagnóstico da AE tipo C pode ocorrer no período pré-natal, com achados ultrassonográficos de polidrômio e diminuição de bolha gástrica. Contudo, o diagnóstico pós-natal é mais frequente e as principais manifestações clínicas são: sialorréia, engasgo, distensão abdominal, além de desconforto respiratório e impossibilidade de progredir SOG. A radiografia de tórax consegue evidenciar se há parada de progressão da sonda ou complicação pulmonar. No pré-operatório é importante estabilizar o paciente em boas condições respiratórias, manter dieta parenteral e deixá-lo em aspiração contínua para evitar broncoaspiração. A realização de ECO para excluir anomalias cardíacas que exijam correção cirúrgica em centro especializado é necessária. No pós-operatório, deve ser mantida sedo-analgesia por 3 a 5 dias, com RN em flexão cervical para reduzir a tensão sobre a anastomose. A dieta por SOG via anastomose só deve ser substituída por via oral após a realização do esofagograma, entre 7º e 10º DPO, mediante a confirmação da ausência de fístulas. Por fim, deve-se pesquisar ACs comumente associadas à AE e vigiar complicações pós-operatórias. O prognóstico dos pacientes costuma ser favorável, mediante um manejo adequado pré e pós cirúrgicos e a mortalidade está mais associada a ACs graves. Diante disso, é de grande relevância a discussão e estudo dessa doença a fim de proporcionar melhor perspectiva de recuperação ao RN.