



24^o Congresso Brasileiro de
PERINATOLOGIA
de 26 a 29 de setembro de 2018
Natal • RN

Trabalhos Científicos

Título: Relato De Caso: Síndrome De Bart – Avanços No Tratamento

Autores: GIULIA CLAUDIA DE MONTILLE FILOMENO (CENTRO NEONATAL DO INSTITUTO DA CRIANÇA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FMUSP), RAFAEL FERREIRA ZATZ, LILIAN DOS SANTOS RODRIGUES SADECK, DOV CHARLES GOLDENBERG, MARIANA ROCHA FIGUEIREDO, CAROLINE SALDANHA REGIS DE MELO, MARIANA GODOY, BIANCA NOGUEIRA NUNES, LAURA EMÍLIA CARDOSO BIGELLI, MARIA AUGUSTA BENTO CICARONI GIBELLI, VERA LUCIA JORNADA KREBS, WERTHER BRUNOW DE CARVALHO

Resumo: Introdução: Aplasia Cutis Congênita(ACC) pode ocorrer em qualquer parte do corpo, mais comum no couro cabeludo e classificada, em 1986 por Frieden et al em subtipos de acordo com o quadro clínico e as anomalias associadas. O tipo 6 agrupa as associações com Epidermólise Bolhosa(EB), doença rara e hereditária em que se formam bolhas na pele e mucosa, secundária à fragilidade dermo-epidérmica. Bart et al, em 1966, descreveu uma série de casos com a associação de ACC, EB e alterações ungueais. Denominada síndrome de Bart, apresenta as mesmas características deste caso. Na literatura, o tratamento dos ferimentos é realizado conservadoramente com curativos 2-3 vezes/dia, com Sulfadiazina de Prata, gaze petrolada e/ou bacitracina. Casos mais profundos ou extensos podem ser tratados cirurgicamente com enxertia de pele parcial ou retalho local. O objetivo de relatar o caso é descrever uma proposta de tratamento com menos trocas de curativos. Relato de caso: Recém-nascido masculino, peso de nascimento 2550g, idade gestacional 38 4/7 semanas, com perda de continuidade da pele(ACC) com déficit muscular em toda a perna esquerda, fenda palatina e lesões de mucosa oral. Ao longo do tempo foram surgindo bolhas em todo o corpo e de tamanhos variados(EB), além de lesões e deformidades ungueais. Os curativos foram feitos com membranas de celulose fenestradas mantidas por 10 dias. O curativo absorvente secundário foi trocado quando saturado, após lavagem com soro fisiológico. Áreas de maior mobilidade foram tratadas com membrana de silicone fenestradas, uma vez que, apesar de não aderentes, apresentam adesivo que permitem melhor fixação na ferida e na pele sã. Observou-se uma boa evolução na maior parte das feridas, a exceção da perna esquerda que evoluiu com colonização bacteriana. Optou-se por modificar o curativo para trocas semanais com espuma de poliuretano com silicone impregnada com sulfato de prata, que apresenta características antimicrobianas. Esse curativo adapta-se bem aos contornos da ferida e drena o exsudato, permitindo prorrogar as trocas. O paciente apresentou resposta adequada, com menos trocas de curativos, menos dor ao paciente e melhor epitelização das áreas cruentas. Conclusão: Essa abordagem, indicada para aplasia cutis, pode ser útil para os casos de Epidermólise bolhosa.