



26º CONGRESSO BRASILEIRO DE
PERINATOLOGIA
Florianópolis-SC

#NeoJuntos
11 A 14
DE OUTUBRO
CentroSul Florianópolis
Av. Gov. Gustavo Richard, 850 - Centro, Florianópolis - SC



Trabalhos Científicos

Título: Recém Nascido Prematuro Submetido A Duas Abordagens Cirúrgicas Devido Paralisia Diafragmática

Autores: AMANDA MENDES DANTAS (HOSPITAL MARIA LUCINDA), BÁRBARA FERREIRA MARINHO (UFPE-CARUARU), MARLISE GONÇALVES LUCENA COUTINHO (HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES)

Resumo: [INTRODUÇÃO] - A paralisia diafragmática geralmente é causada por lesão do nervo frênico. Os sintomas são ausculta reduzida no lado afetado, taquipnéia, desconforto respiratório, cianose, apneia e movimento de 'gangorra' do abdome. A suspeita ocorre quando o desmame da ventilação mecânica não é bem sucedido, sendo o diagnóstico confirmado através de ultrassonografia (USG). [OBJETIVOS] - RN (recém-nascido), masculino, com 33,4 semanas de idade gestacional, Apgar 4/8, necessitou de intubação orotraqueal durante reanimação. Em RX (radiografia de tórax) apresentava pulmões hiperinsuflados bilateralmente, com cúpulas diafragmáticas simétricas. No 3ºDV (dia de vida) foi realizado acesso venoso central em artéria subclávia direita, contudo devido a sangramento após punção, foi optado por dissecação de veia jugular externa direita. Em RX pós procedimento apresentava discreta elevação da cúpula diafragmática direita. Paciente evoluiu com melhora, sendo extubado no 7ºDV. Entretanto, seguiu com necessidade de ventilação mecânica não invasiva (VNI) e manutenção do desconforto respiratório. Ao exame físico, apresentava ausculta diminuída à direita e elevação assimétrica do tórax durante a respiração. Afastadas causas infecciosas, o paciente foi submetido a RX seriados, que mostraram hemicúpula diafragmática direita mais elevada e opacificação de mais de 2/3 do hemitórax direito. No 24ºDV foi solicitada USG, que confirmou a suspeita de paralisia diafragmática. O caso foi discutido com equipe de cirurgia que indicou abordagem cirúrgica. No 34ºDV foi realizada plicatura diafragmática anteroposterior. No pós operatório, paciente foi mantido em ar ambiente, contudo evoluiu com piora do padrão respiratório, necessitando de VNI, um mês após. Novos RX demonstraram manutenção da elevação de hemicúpula diafragmática e opacificação do hemitórax direito. No 86ºDV, foi reabordado cirurgicamente, evoluindo com melhora, sendo deixado em ar ambiente 7 dias após nova abordagem. [METODOLOGIA] - [RESULTADOS] - . [CONCLUSÃO] - O diafragma neonatal é mais plano do que o do adulto e a pressão transdiafragmática máxima gerada pela contração é menor. Como fatores de risco temos parto normal, macrosomia, apresentação pélvica, distócia de ombro, pós operatório de cirurgia cardiorádica e procedimentos como canulação da jugular interna ou veia subclávia, drenos torácicos e reparo de atresia esofágica. A incidência de paralisia diafragmática perinatal é de 1 em 15 mil-30 mil nascidos vivos e a mortalidade é estimada em 10% a 15%. O tratamento inicial consiste no suporte clínico, com grande índice de recuperação nos primeiros 6 a 12 meses após nascimento. Contudo, neonatos com desconforto respiratório grave persistente ou necessidade prolongada de ventilação mecânica, a plicatura cirúrgica é indicada. Este procedimento imobiliza e abaixa o diafragma, resultando em aumento do volume pulmonar em repouso e melhora da ação dos músculos intercostais e abdominais durante a respiração. A paralisia diafragmática, portanto, é rara, porém seu diagnóstico, bem como a condução adequada do caso estão associados a um melhor prognóstico.