

MIELOMENINGOCELE ROTA EM REGIÃO LOMBAR DE RECÉM NATO: RELATO DE UM CASO.

MYELOMENINGOCELE IN THE LUMBAR REGION OF A NEWBORN: CASE REPORT.

Juliana Baratella Andre **ROVEDA**¹, Thais Ariela Machado **Brites**¹, Marília Blum **GOMES**²,
Carlos Fernando **FAXINA**³, Sabrina Tristão **LONGO**³, Aline **NEPPEL**³, Gabriela **ASSUIT**³,
Luiza **DALAVECHIA**⁴, Eduardo Ramos **SAMPAIO**⁴.

Rev. Méd. Paraná/1459

Roveda JBA, Brites TAM, Gomes MB, Faxina CF, Longo ST, Neppel A, Assuit G, Dalavechia L, Sampaio ER. Mielomeningocele rota em região lombar de recém nato: relato de um caso. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2017;75(2):56-58.

RESUMO - Introdução: Mielomeningocele (MMC) é uma má formação congênita do sistema nervoso central decorrente de defeitos de fechamento do tubo neural nas primeiras semanas de gestação. Resulta numa abertura vertebral, musculofascial, cutânea e dural com protrusão e exposição da medula espinhal. Descrição do caso: Recém-nascido masculino, nascido via parto cesárea por malformação fetal. Presença de MMC rota em região lombar, com culturas negativas. Encaminhado à UTI neonatal. Submetido à correção de MMC rota. Orientado antibioticoterapia e posição Trendelenburg. Evolução sem intercorrências. Seguimento com neurocirurgia pediátrica e monitorização. Discussão: MMC ocorre quando meninges e medula espinhal herniam através do defeito ósseo produzido pela não fusão dos arcos vertebrais. Tratamento cirúrgico precoce é importante para correção da malformação, prevenção de infecções e diminuição de déficits neurológicos. Conclusão: Assistência precoce é importante para diminuir a incidência de sequelas, bem como adoção de medidas preventivas antes da concepção e na gestação.

DESCRIPTORIOS - Mielomeningocele, Espinha Bífida, Tubo Neural, Anomalias Congênicas.

INTRODUÇÃO

A mielomeningocele (MMC), também conhecida como espinha bífida, é uma má formação congênita do sistema nervoso central (SNC) decorrente de defeitos de fechamento do tubo neural (DFTN) nas primeiras quatro semanas de gestação. Mundialmente, a incidência de MMC é de 1 a 10 por 1000 nascidos vivos.⁴

O DFTN culmina em uma abertura vertebral, musculofascial, cutânea e dural com protrusão e exposição da medula espinhal. A espinha bífida pode ser oculta ou fechada, quando coberta por tecido cutâneo e aberta ou rota, quando há exposição do tecido nervoso. Espinha bífida rota se relaciona com anomalias mais precoces na embriologia do sistema nervoso quando comparado com a espinha

bífida fechada.^{2,7}

Os problemas comumente associados à MMC incluem graus variados de déficits neurológicos, sensoriais, motores, disfunções urogenitais e intestinais e malformações esqueléticas, podendo ocasionar morbidade e mortalidade significativa.^{2,3}

Relatamos um caso de mielomeningocele lombar rota.

DESCRIÇÃO DO CASO

Recém-nascido de V.F.R, mãe de 34 anos, cuja história obstétrica anterior demonstrou 3 gestações, sendo um parto normal e uma cesárea anteriores. A idade gestacional foi de 35+2 semanas. A tipagem sanguínea materna era B+, o VDRL era não reagente, HbsAg não reagente, HIV não reagente e a mãe

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

1 - Coordenadora da UTI neonatal do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba e professora contratada da Faculdade Evangélica do Paraná na área de neonatologia.

2 - Médica residente em pediatria pelo Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

3 - Graduando (a) em medicina pela Faculdade Evangélica do Paraná.

4 - Graduando (a) em medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

era suscetível à toxoplasmose. Realizou 3 consultas de pré-natal, negou tabagismo, etilismo e uso de outras drogas. Negou doenças anteriores e também não apresentou doenças na gestação. No último exame de ecografia, constatou-se criança compatível com Síndrome de Arnold-Chiari tipo 2. Houve evolução para parto via cesárea por malformação fetal, ocorrendo ruptura da bolsa no ato, oligodrâmnio, líquido amniótico claro e com grumos e sem intercorrências.

Recém-nascido do sexo masculino, nasceu em 28/03/2017 às 11:55 horas.

Ao nascimento, apresentou-se em bom estado geral, ativo, reativo, com bom tônus, respiração espontânea e frequência cardíaca maior que 100. Escore de Apgar 9/9, peso 2850g, comprimento de 45cm, perímetro cefálico de 32,5cm e Capurro de 37 semanas. Recebido em campo aquecido e luvas estéreis. Presença de mielomeningocele em região lombar à inspeção, protegida com gaze e compressas estéreis e umedecidas. Ao exame físico, MV positivo bilateralmente, bulhas cardíacas rítmicas normo fonéticas e sem sopros. Abdome flácido, sem visceromegalias, cordão umbilical clampeado e com 3 vasos. Pulsos femorais presentes e simétricos. Manobra de Ortolani negativa. Ânus pérvio e presença de epispádia. Sem outras alterações. Estabelecido, portanto, diagnóstico de mielomeningocele e oligodrâmnio.

Paciente foi encaminhado à unidade de terapia intensiva neonatal em incubadora aquecida.

No primeiro dia já realizou intubação orotraqueal para realização da cirurgia. Exames de admissão normais (gasometria, hemograma, PCR, metabólicos). Tomografia de coluna lombossacral evidenciou a mielomeningocele. Também foi administrada morfina ao paciente. No primeiro dia a cultura apresentou-se negativa. O ecocardiograma evidenciou persistência do canal arterial em vias de fechamento. Também ao primeiro dia foi realizado cateterismo umbilical e a cirurgia para correção da mielomeningocele rota. Procedimento sem intercorrências com exames pós operatórios normais. Retornou à UTI neonatal para continuidade dos cuidados clínicos intensivos. Orientou-se antibioticoterapia com ampicilina e gentamicina (recebeu ampicilina 100mg/Kg/dose de 12 em 12 horas e gentamicina 4mg/Kg/dose de 24 em 24 horas, medicamentos os quais foram suspensos no quarto dia), decúbito ventral e posição Trendelenburg.

Apresentou também uma lesão linear de aproximadamente 3 cm, no sulco retroauricular direito, sem sofrimento de bordos, sem sangramento significativo. Foi realizada assepsia, anestesia e sutura com nylon 5.0. Apresentou bom aspecto e se manteve em acompanhamento.

No quarto dia, recebeu avaliação da neuropediatria, que constatou paciente em bom estado geral, hidratado, eupneico, reativo, exames cardíaco e pulmonar normais. Membros inferiores com boa mobilidade. Reflexos ++/4 em membros superiores, reflexo de

Moro presente, preensão palmar e plantar presentes, sucção presente.

Após uma semana, o ultrassom abdominal evidenciou bexiga com paredes minimamente espessadas, sem dilatação pielocalicial.

No vigésimo terceiro dia, após dias de acompanhamento e terapêutica adequada, apresentou-se estável, em berço aquecido, porém desligado. Em bom pós-operatório de mielomeningocele com raquisquise com ferida operatória limpa e seca, sem hiperemia, com curativo oclusivo. Com diurese efetiva e fazendo sondagem de 12 em 12 horas para retirada de resíduo miccional. Boa aceitação da dieta, sem vômitos e sem intercorrências.

Ao exame físico demonstrou bom estado geral, estava ativo, reativo, hidratado, corado, eupneico no momento, acianótico. A fontanela anterior estava tensa, com um perímetro cefálico de 37cm. Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo regular em 2 tempos, sem sopro. Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios, sem esforço respiratório. Abdome globoso, normotenso, sem globo vesical, flácido, indolor e com ruídos hidroaéreos presentes. Ausência de herniações ou visceromegalias. Extremidades aquecidas, com perfusão normal, pulsos simétricos, ausência de edema de membros inferiores e superiores. Apresentou movimentação de membros inferiores, com tônus e força aparentemente normais. Genitália típica masculina, apresentando testículos tópicos e ânus tópico. Curativo em região lombossacral sem saída de secreção.

Recebeu alta, no vigésimo terceiro dia, para pediatria para treinamento de sondagem uretral, com prescrição de vitaminas A e D e fórmula infantil. Foi encaminhado para neuropediatria, para nefrologia pediátrica e neurocirurgia, onde recebeu seguimento adequado.

DISCUSSÃO

A MMC ocorre quando as meninges e a medula espinhal herniam através do defeito ósseo produzido pela não fusão dos arcos vertebrais. A etiologia é multifatorial, com interações genéticas e ambientais, sendo a carência de ácido fólico o fator de risco mais importante.⁵

O diagnóstico de MMC pode ser sugerido no pré-natal pela dosagem da alfa-fetoproteína no líquido amniótico, no entanto este método está em desuso devido a baixa especificidade do exame, pois diversas condições clínicas podem cursar com aumento de alfa-fetoproteína. O ultrassom é o método mais indicado para diagnóstico precoce intra-útero. A ecografia morfológica de segundo trimestre pode evidenciar duas alterações cranianas que ocorrem em associação com a mielomeningocele: o “sinal do limão” que é marcado por um estreitamento bitemporal devido a perda da convexidade do osso frontal por conta de uma diminuição da pressão intraespinhal e consequente redução da pressão intracraniana. A segunda alteração associada é

o “sinal da banana”, mostrando um cerebelo alongado em formado bicôncavo.^{1,2}

A malformação de Arnold-Chiari tipo 2 é uma condição associada com espinha bífida. A síndrome de Arnold-Chiari é caracterizada por herniação de parte do cerebelo pelo forame magno e pode levar a obstrução do fluxo de líquido cefalorraquidiano. Sinal do limão e sinal da banana são altamente sugestivos desta patologia.⁶

O tratamento cirúrgico precoce é importante para a correção da malformação, prevenção de infecções e diminuição da incidência de déficits neurológicos e geralmente é realizado nas primeiras 24-48h. Novas

técnicas permitem a correção através de cirurgia intra-uterina, que mostram resultados satisfatórios mas podem trazer mais riscos no pré-natal.⁵

CONCLUSÃO

Assistência precoce aos pacientes afetados é importante para diminuir a incidência de sequelas. Considerando-se a etiologia multifatorial e as graves anomalias associadas aos DFTN, é importante a adoção de medidas preventivas, como a suplementação de ácido fólico antes da concepção e início da gestação.

Roveda JBA, Brites TAM, Gomes MB, Faxina CF, Longo ST, Neppel A, Assuit G, Dalavechia L, Sampaio ER. Myelomeningocele in the lumbar region of a newborn: case report. *Rev. Méd. Paraná, Curitiba*, 2017;75(2):56-58.

ABSTRACT - Introduction: Myelomeningocele (MMC) is a congenital malformation of the central nervous system arising from neural tube defects in the first weeks of gestation. It results in a vertebral, musculofascial, cutaneous and dural opening with protrusion and exposure of the spinal cord. Case report: Male newborn, born via cesarean because fetal malformation. Presence of MMC in the lumbar region, with negative cultures. Referred to neonatal ICU. Submitted to the MMC correction. Oriented antibiotic therapy and Trendelenburg position. Evolution without intercurrents. Follow up with pediatric neurosurgery and monitoring. Discussion: MMC occurs when meninges and spinal cord herniated through the bone defect produced by non-fusion of the vertebral arches. Early surgical treatment is important for correcting malformation, preventing infections and reducing neurological deficits. Conclusion: Early care is important to decrease the incidence of sequelae, as well as adoption of preventive measures before the conception and in gestation.

KEYWORDS - Meningomyelocele Spinal Dysraphismneural Tube, Congenital Abnormalities.

REFERÊNCIAS

1. Barra F, Gonçalves F, Matos V, Jovem C, Mendonça J, Amaral L et al. Sinais em neuroradiologia: parte 2. *Radiol Bras*. 2011;44(2):129-133.
2. Bizzi JWJ, Machado A. Meningomielocelo: basic concepts and recent advances. *J Bras Neurocirurg*. 2012;23(2):138-151.
3. Collange L, Franco R, Esteves R, Zanon-Collange N. Desempenho funcional de crianças com mielomeningocele. *Fisioter. Pesqui*. 2008;15(1):58-63.
4. Kelani A, Kaka M, Sanoussi S, Catala M. Spina bifida: a prospective study from a single neurosurgical center based on the National Hospital in Niamey (Niger). *Childs Nerv Syst*. 2017;33(9):1439-1440.
5. Philips AL, Burton JM, Evans SH. Spina Bifida Management. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017;47(7):173-177.
6. Schoner K, Axt-Flidner R, Bald R, Fritz B, Kohlhase J, Kohl T et al. Fetal Pathology of Neural Tube Defects – An Overview of 68 Cases. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2017;77(05):495-507.
7. Sepulveda W, Wong A, Sepulveda F, Alcalde J, Devoto J, Otayza F. Prenatal diagnosis of spina bifida: from intracranial translucency to intrauterine surgery. *Childs Nerv Syst*. 2017;33(7):1083-1099.