



## **MIELOMENINGOCELE E SINAIS DE MAL FORMAÇÃO DE ARNOLD CHIARI II EM LACTENTE**

*Mércia Lisieux Vaz da Costa Mascarenhas 1*

*Hospital Universitário Professor Alberto Antunes*

[mercialisieux@gmail.com](mailto:mercialisieux@gmail.com)

*Anne Laura Costa Ferreira 2*

*Universidade federal de Alagoas*

[annelaura1@hotmail.com](mailto:annelaura1@hotmail.com)

*Deborah Moura Novaes Acioli 3*

*Universidade Federal de Alagoas*

[deborahmnovaes22@gmail.com](mailto:deborahmnovaes22@gmail.com)

*Danielly Nogueira de Oliveira 4*

*Hospital Universitário Professor Alberto Antunes*

[daniellynog@hotmail.com](mailto:daniellynog@hotmail.com)

*Ingrid Martins Leite Lúcio 5*

*Universidade federal de Alagoas*

[ingridmll@esenfar.ufal.br](mailto:ingridmll@esenfar.ufal.br)

**Tipo de Apresentação:** Pôster

**Resumo:** A Mielomeningocele se configura em uma das principais malformações que levam bebês a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, sendo entendida como um defeito de fechamento do tubo neural e considerada uma das mais incapacitantes malformações congênitas. Objetiva descrever a assistência de enfermagem prestada a um lactente portador de mielomeningocele e sinais de mal formação de arnold chiari tipo II em uma unidade de cuidados intermediário neonatal convencional de um hospital Universitário situado no Estado de Alagoas. Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo em uma Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional de um Hospital Universitário situado no Estado de Alagoas, no município de Maceió. no período de julho a setembro de 2017. O cuidado do paciente com malformação congênita requer do enfermeiro competência, habilidade, autonomia e tomada de decisão, tendo em vista a complexidade e as particularidades deste paciente.

**Palavras-chave:** Assistência., Enfermagem. Mielomeningocele.



## 1. Introdução

A Mielomeningocele (MMC) se configura em uma das principais malformações que levam bebês a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, sendo entendida como um defeito de fechamento do tubo neural e considerada uma das mais incapacitantes malformações congênitas. Esses defeitos do tubo neural são malformações que ocorrem na fase inicial do desenvolvimento fetal, trazendo como consequência uma abertura vertebral, que leva à exposição da medula espinhal, podendo acarretar em danos permanentes na vida da criança (D'AGUIAR, AREAS, SANTOS E TORRES, 2015).

É considerada uma forma mais grave da espinha bífida, na qual a medula espinhal e as raízes nervosas sofrem herniações para o saco através de uma abertura na coluna vertebral que compromete as meninges (RICCI, 2008).

A justificativa para a utilização desse tema se dá a partir do interesse sobre as malformações congênitas decorrente da falha do fechamento do tubo neural, mais especificadamente a mielomeningocele e arnold chiari, por ser um caso considerado relativamente raro.

Esse estudo objetiva descrever a assistência de enfermagem prestada a um lactente portador de mielomeningocele e sinais de mal formação de arnold chiari tipo II em uma unidade de cuidados intermediário neonatal convencional de um hospital Universitário situado no Estado de Alagoas.

## 2. Referencial Teórico

A sobrevida de neonatos portadores de MMC varia não somente em função da extensão da lesão, mas depende também da ocorrência de outras malformações associadas, bem como do tipo de tratamento instituído e da assistência prestada. Dentre outras malformações, destacam-se a síndrome de Arnold-Chiari (deformidade complexa da parte posterior do cérebro), bifurcação de aqueduto, hidromielia,iringomielia, medula espinhal dupla, polimicrogiria, craniolacunia, heterotopias de substância cinzenta, deformidade cuneiforme da placa do quadrigêmio, impressão basilar, platibasia, deformidades Klippel-Fiel, cardiopatias congênitas, anomalias intestinais (atresia duodenal, estenose pilórica). Além disso, portadores de MMC podem apresentar incapacidades crônicas graves, a exemplo de paralisia de membros, hidrocefalia, deformação de membros e da coluna vertebral, disfunção vesical, intestinal, sexual e dificuldade de aprendizagem, com risco de desajuste psicossocial (BUENO et.al., 2005).

Esse distúrbio complexo, decorrente da interrupção do neurodesenvolvimento no início da gestação, afeta não apenas a coluna vertebral como também o Sistema Nervoso Central (SNC). Essa protusão geralmente é coberta parcial ou completamente por pele, mas é muito frágil e pode extravasar Líquido Cefalorraquidiano (LCR) se for traumatizada (RICCI, 2008).

Os fatores de risco para MMC incluem fatores não apenas genéticos como também ambientais: Ascendência céltica (incidência mais alta); Sexo feminino (60 a 70% dos casos); Nível socioeconômico baixo; Diabetes melito materna; Uso de anticonvulsivantes (ácido valpróico e carbamazepina); Gestação pregressa com um neonato que apresenta defeito no tubo neural; Obesidade Materna; Baixa ingestão de ácido fólico (RICCI, 2008).

As MMC podem surgir em qualquer ponto ao longo da coluna vertebral, porém ocorre com maior frequência nas regiões lombares baixas ou sacrais, o que provoca déficit neurológico



abaixo do nível da anomalia. Paralisia, incontínências urinária e intestinal e hidrocefalia são as complicações mais comuns. O reparo cirúrgico realizado o mais rápido possível, em geral em 72 horas após o nascimento, ajuda a evitar infecção e preserva função neurológica (RICCI, 2008).

Segundo se estima uma de cada oitocentas crianças brasileiras nasce com essa anomalia, mas a real dimensão do problema permanece desconhecida, já que inexistente levantamento de abrangência nacional, e os estudos de prevalência disponíveis apontam para taxas divergentes (GURGEL, ROLIM, GALVÃO E CAETANO, 2010).

Aproximadamente 90% das crianças com defeito do tubo neural apresentam alterações no trato urinário. Acredita-se que a deficiência de ácido fólico seja o mais importante fator para o desenvolvimento desse defeito. Seu diagnóstico pode ser realizado no período pré-natal através de exames ultrassonográficos. O fechamento precoce dessa lesão pode proporcionar uma maior chance para um bom funcionamento do trato urinário inferior (SILVA, SILVA, SCHMITZ E PAZ, 2017).

Outra anomalia observada foi a malformação de Arnold Chiari tipo 2, que como vimos anteriormente, em alguns casos, também pode estar associada a MMC

Grande parte destas crianças tem associada uma malformação complexa do cérebro denominada por Arnold Chiari que consiste na descida do cerebelo e tronco cerebral, aumento do diâmetro do Foramen Magnum e um espessamento da fossa posterior do crânio.

Estudos feitos em ratos explicam estas alterações, com o possível ancoramento da medula no saco do MMC que no decorrer da gestação o crescimento cefalo-caudal faz um efeito de “estiramento” das estruturas cerebrais, e espessamento da fossa posterior do crânio, que se traduz numa adaptação da calota craniana às estruturas cerebrais (Sandler, 2003).

Todas estas alterações provocam um “empurrão” do cerebelo para frente, obstruindo a passagem de LCR do 3º para o 4º ventrículo através do aqueduto de Silvius. Esta obstrução vai dar origem a um aumento do volume de LCR nos ventrículos laterais e conseqüentemente, a hidrocefalia, necessitando de uma intervenção neurocirúrgica para colocação de uma válvula ventrículo-peritoneal com o objetivo de drenar o liquor excedente dos ventrículos laterais para o peritoneu (Malheiro, 2005).

### **3. Metodologia**

Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo em uma Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCa) de um Hospital Universitário situado no Estado de Alagoas, no município de Maceió. O sujeito da pesquisa foi um lactente com diagnóstico de mielomeningocele e sinais de malformação de arnold chiari tipo II. A coleta de dados foi realizada a partir da observação, assistência direta interventiva e da análise documental através da consulta ao prontuário com embasamento na pesquisa bibliográfica. As informações presentes neste relato de experiência foram coletadas no período de julho a setembro de 2017.

### **4. Resultados e Discussões**



RN de M.M. S, sexo feminino, admitido na UCINCa em 07/07/2017. Nascido no dia 28/06/2017, com 39 semanas gestacionais de parto cesáreo, peso 3.030g e medindo 49 cm, PC: 36 cm, PT: 30 cm, Apgar 8 e 9, a termo, adequado para a idade gestacional(AIG), vacinas BCG e Hepatite B em dia, gravidez não planejada, fez uso de ciclo 21, G4P4AO, residente na zona rural de Traipu-AL. Realizou Ultrassonografia (USG) obstétrica em 08/05 apresentando polidramnia (ILA=26), porém com quantidade de LCR aparentemente normal ao nascimento, detectada MMC + sinais de mal formação de Arnold- Chiari II, fenda palatina (não observada ao exame físico, deiscência de ferida operatório e anemia quando feito hemograma em 25/08. Segue dieta em seio materno (SM), diurese e evacuações presentes (inclusive na hora da manipulação da ferida operatória). Observa-se bom vínculo afetivo entre o binômio mãe-filho.

28/08/2017, Lactente encontra-se no 60º dia de vida, cursa clinicamente estável, acomodado em incubadora não aquecida, respira satisfatoriamente em ar ambiente, dieta por seio materno com boa pega e sucção, uso de vancomicina. Ao exame físico: hipocorada, hidratada, acianótica, anictérica, ativa e reativa ao manuseio, afebril ao toque, ferida operatória (FO) de Derivação de Válvula Peritoneal (DVP) D sem sinais flogísticos, fontanelas normotensas, eupneica, tórax simétrico e com boa expansibilidade, abdômen depressível, sem visceromegalias, FO de MMC com discreto exsudato esverdeado percebido ao tirar o curativo anterior, bordas não aderidas, feito limpeza com S.F a 0,9%, primeira camada com gaze de ryon, segunda camada com gaze seca e terceira camada com filme transparente. Eliminações fisiológicas presentes Acesso venosa central (AVC) subclávia E foi perdido e puncionado veia periférica em membro superior direito (MSD), mantido salinizado.

11/09/2017, lactente encontra-se no 74º dia de vida, clinicamente estável, foi transferido para pediatria no dia 02/09/2017, aguardando finalização da antibioticoterapia para receber alta.

A assistência de enfermagem executada ao cliente no decorrer do internamento na UCINCa evidenciou os seguintes diagnóstico de enfermagem: Integridade da pele prejudicada; Risco de infecção; Prevenção de hipotermia; Polifarmácia; Sucção efetiva; Vínculo mãe-filho e relacionamento interpessoal eficaz. E as seguintes intervenções de enfermagem: Executar manutenção de acessos venosos; Manter lactente aquecido; Monitorar sinais vitais; Realizar troca de curativos; Avaliar feridas operatórias; Observar esquema de antibioticoterapia; Observar aleitamento materno; Evoluir feridas operatórias; Registro diário da diurese, evacuações; Orientar a mãe quanto os cuidados com o lactente; Manter em decúbito lateral esquerdo.

## 5. Considerações finais

O cuidado RN com malformação congênita requer do enfermeiro competência, habilidade, autonomia e tomada de decisão, tendo em vista a complexidade e as particularidades deste paciente.

Percebe-se a importância de um pré-natal eficaz e a necessidade da cooperação da enfermagem durante o diagnóstico e o tratamento. Enquanto enfermeiros, devemos estar atentos a todas as recomendações do Ministério da Saúde, fazer busca ativa das gestantes porque como observamos, a ingestão do ácido fólico pode contribuir para a prevenção da Meningocele, por isso a importância do pré-natal se iniciar o quanto antes, para que



consiga prevenir e diagnosticar em um espaço de tempo mais favorável. O diagnóstico precoce, durante a gestação, contribui para a construção do apego.

Ressalta-se que, a atuação do enfermeiro deve acontecer de forma integrada aos demais profissionais da equipe multidisciplinar. A atuação de uma equipe interdisciplinar demonstra-se essencial, além do envolvimento da família ao tratamento.

### Referências

Bueno, M.; Silva, C. S. M. R.; Alves, A.C.C.; Mikaro, A.P.; Pires, P.V. Atuação do enfermeiro no tratamento de recém-nascido portador de deiscência de sutura em ferida cirúrgica para correção de Mielomeningocele. REME - Rev Min Enferm; 9(1): 84-88, Jan/Mar, 2005.

D'Aguiar, S.C.P.R.; Areas, I.B.T. ; Santos, C.M.; Torres, V.P.S Relevância do papel do enfermeiro frente ao paciente portador de Mielomeningocele e sua família, na UTI neonatal. V Congresso Internacional de Conhecimento Científico, Rio de Janeiro, 2015.

Gurgel, E.P. P; Rolim, K.M. C; Galvão, M.T. G; Caetano, J.A. Abordagem assistencial ao neonato portador de Mielomeningocele segundo o modelo de adaptação de Roy- Rev. esc. enferm. USP vol.44 n° 3 São Paulo set. 2010

Lucas TAMPC, Tannure MC, Barçante TA et al. A importância do acolhimento à família em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. Enferm UFPE on line. 2009.

Malheiro, M.I.D.C. Integração inclusão de jovens com spina bífida no ensino regular: a voz da experiência. Rev. : Enfermagem – Lisboa, n° 39 (Jul./Set. 2005), p 28-36.

Ricci, S.S. Enfermagem Materno- neonatal e Saúde da Mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Silva, C.L.; Silva, G. O.; Schmitz, R.E.; Paz, I. Mielomeningocele, sua cronicidade e a relação com a Bexiga Neurogênica. 69º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Alagoas, 2017.