

QUEIMADURAS EXTENSA NA VIGÊNCIA DE GRAVIDEZ — EXTENSIVE BURN IN PREGNANCY —

Beer Aj,¹ Chiavelli Dv,¹ Della Negra La,² Mattos ac,¹ Tadachi S.³

RESUMO: Os autores relatam o caso de uma paciente de 24 anos, grávida na 14ª semana e com extensa área corporal queimada, perfazendo uma superfície de 54,8%. Salientam que o tratamento realizado, foi baseado apenas nos dados clínicos e laboratoriais, deixando de lado as formas clássicas de hidratação do grande queimado, pois tratava-se de gestante e, portanto, apresentava alterações hemodinâmicas peculiares. O prognóstico foi favorável tanto para o feto, que nasceu prematuro, mas dentro das padrões da normalidade, quanto para a mãe que sobreviveu.

UNITERMOS: Queimadura extensa, gravidez, prognóstico.

SUMMARY: The authors report the case of a 24 years-old patient, 14 weeks' pregnant and with extensive burns in the evorall body, covering the area of 54,8%. They have pointedout that the treatment performed was based only on clinical and labs data, desconsidering the classical process of hidratação in the major burns, since they were dealing with a pregnant patient rather than a person without physiological alterations of pregnancy. The prognostic was favorable for both, the concept who was premature born but within normal parameters and the mother who was able to survive.

KEY WORDS: Extensive burn, pregnancy, prognostic.

INTRODUÇÃO

Ao nos depararmos com uma paciente grávida e com extensa queimadura, devemos definir prioridades quanto ao tratamento. Neste caso, de início deu-se prioridade à vida materna sem levar em consideração o feto em si. Tomou-se a conduta de urgência do serviço, sendo o esquema de hidratação de Brook Evans usado, porém notou-se que a paciente não evoluía bem, quando então orientamos a terapêutica de acordo com a avaliação de parâmetros como: diurese, PVC, hidratação, eletrólitos, hematócrito, hemoglobina, uréia, creatinina, proteínas totais e frações e gasometria arterial.

A reposição hídrica, proteico-calórica e a antibiótico-terapia foram orientados segundo a propedêutica clínica e os parâmetros acima citados.

A finalidade deste trabalho é, além de acrescentar mais um caso à escassa literatura referente ao assunto, tentar estabelecer uma conduta adequada na abordagem do problema.

HISTÓRICO

Levando-se em conta a relativa escassês de literatura acerca do tema abordado, citamos o trabalho mais recente publicado em 1981 por Salomão et cols.¹ onde descrevem uma revisão bibliográfica efetuada entre 1955 e 1979, inclusive os casos da própria experiência dos autores. Observando os resultados e conclusões tirados pelos referidos autores, onde mencionam que em 6 pacientes com área corporal de mais de 60% de queimadura, o óbito intra útero ocorreu em 5 pacientes e apenas uma viabilidade fetal foi observada por estar relativamente próxima ao término.

Nosso caso difere, no que diz respeito à idade gestacional da paciente (14ª semana) e também à grande superfície corporal queimada (54,8%). Observamos que usando-se parâmetros clínicos precisos e cuidados de terapia intensiva, pôde-se levar a gestação à termo com excelentes prognósticos maternos e fetais.

RELATO DO CASO: nome: RSRO, sexo: feminino, idade: 24 anos, raça: branca, e.c.: casada, prof.: do lar, nat.: SCS, proc.: a mesma, peso: 58 kg 10/04/83 — Paciente deu entrada no PS do HBSC, com diagnóstico de queimadura por combustão de álcool com área de queimadura corporal calculada em 54,8% (Lund e Browder) e com lesões que estavam situadas entre 2º e 3º graus. Foi imediatamente efetuada o debridamento cirúrgico das lesões e iniciada a hidratação segundo a regra de Brook Evans, mas como o acompanhamento clínico não foi favorável, optamos por manipular a hidratação segundo os parâmetros clínicos de diurese, hidratação e outros dados vitais e laboratoriais. As variações terapêuticas foram orientadas pelos dados mencionados acima que eram sistematicamente avaliados. Devido à nossa avaliação cardiológica inicial e sendo a paciente jovem podemos manter uma PVC alta continuamente (entre +5 e +10) e uma diurese horária entre 80 e 100 ml, onde tentamos evitar que houvesse modificação significativa no suprimento sanguíneo uterino ou uma excessiva sobrecarga cardíaca materna.

No 3º dia de internação houve necessidade de administração de 500 ml de sangue total, sem esquecer da hemodiluição própria da gestação.

Introduzimos precocemente exercício respiratório com frascos e deambulação logo que houve possibilidade.

Mantivemos, quando necessário, sedação moderada (dipirona), para evitarmos as complicações mais frequentes, ou seja, pulmonares.

Usamos plasma e concentrado protéico de acordo com as variações de proteínas totais e frações.

¹ Médicos internos do Hospital Beneficente São Caetano — HBSC

² Residente da Clínica Cirúrgica do HBSC

³ Cirurgião Plástico do HBSC

Instalamos antibioticoterapia precoce com ampicilina que mantivemos durante 15 dias.

No 16º dia a paciente apresentou dor em cólica em hipogástria, de média intensidade, sem sangramento vaginal e com colo uterino impérvio. A dor cedia facilmente com o uso de anti-espasmódicos. Foi realizada ultrassonografia que mostrou saco gestacional normal.

No 17º dia a paciente começou a apresentar tosse seca, fraqueza, febre e dispnéia, com diminuição do MV e estertores crepitantes em base direita. O RX revelou condensação do lobo inferior direito. Foi iniciada antibioticoterapia contra germes gran-positivos com evolução favorável.

No 26º dia foi efetuado enxerto homólogo com pele de mama de uma paciente doadora.

No 33º dia recebeu alta com data marcada para realização de enxerto autólogo.

Poucos dias depois a paciente retornou apresentando febre, sudorese, calafrios noturnos, e com dor na região lombar e à micção. Após urinal e urocultura iniciou-se antibioticoterapia com evolução favorável.

No 20º dia após a alta a paciente foi admitida no Serviço de Cirurgia Plástica do HBSC para a execução de enxertia definitiva, a qual foi executada usando-se como área doadora a face externa das coxas e 7 dias após a paciente recebeu alta.

Finalmente no dia 14/09/83 a paciente foi internada com dor em hipogástria e elevação da pressão arterial sendo que 2 dias após começou a apresentar dinâmica uterina eficiente sem resposta do colo, o que, associado às condições do períneo e à variação da face indicaram a opção cirúrgica.

O RN, do sexo feminino, pesando 2780g e medindo 49cm, apresentou APGAR 9, CAPURRO de 37 semanas e exames anatômicos e funcionais normais. Mãe e criança receberam alta 2 dias após o parto, sem intercorrências.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

1. Em queimaduras extensas na vigência de gravidez,

devemos ter um cuidado redobrado, devido às condições gravídicas causarem uma série de modificações fisiológicas e hemodinâmicas em relação ao queimado comum. Como foi citado por Neme:¹ a queimadura durante a gravidez leva, devido ao distúrbio hemodinâmico, à uma diminuição do fluxo sanguíneo uterino que somado a outras alterações patológicas podem levar à inviabilidade fetal.

2. As prioridades a serem seguidas são:

A — Queimaduras extensa e baixa idade gestacional — há necessidade de uma terapia intensiva no tocante à reposição hídrica de acordo com as necessidades clínicas e laboratoriais.

B — Levar em consideração a entidade "gestação" e as alterações que esta leva à fisiologia do organismo materno.

C — Fazer o tratamento de urgência e sempre que possível não usar drogas que possam piorar o prognóstico fetal, pois observamos que ao manter a reposição adequada a evolução fetal é favorável.

D — Estamos autorizados a ressaltar a viabilidade fetal pois, a nossa paciente, apesar de jovem e ter uma boa função cardíaca, renal e pulmonar, apresentou intercorrências que, por si só, podem diminuir tanto o prognóstico fetal quanto materno (pneumonia, ITU, hipertensão no final da gestação) e apesar disso o prognóstico para ambos foi excelente.

E — Acreditamos que o tratamento local, como as enxertias, agem favoravelmente, minorando as perdas hídricas e protéicas e melhorando o prognóstico.

F — Comparando nossa observação com o que expõe Neme,¹ em nosso caso confirma-se a literatura no que diz respeito às contrações uterinas desencadeadas por queimaduras e quanto a fisiopatologia destas.

G — Concordamos que a interrupção da gravidez deve ser executada quando o quadro clínico apresentado pela mãe a impõe e têm-se que optar pela sobrevivência materna sem levar-se em conta a possibilidade de sobrevivência do conceito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Salomão Aj, Zugaib M, Mathias L, Marioni U, Neme B.: Gestações complicadas por gravidez. J Bras Ginec. 91 (1):63,81

² GOLDEMBERG, S.: Bases da Cirurgia. São Paulo: Edusp, 1979.

³ CORREA, AC: Clínica Cirúrgica. São Paulo: Savier, 1976

⁴ LOPEZ, M: Emergências Médicas. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1979.

⁵ Bier, O: Imunologia Básica e Aplicada. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1979

⁶ SPERANZINI MB.: Manual do Residente de Cirurgia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1981

⁷ SCHWARTZ, IS.: Princípios de Cirurgia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1981.

⁸ SABISTON, DC.: Tratado de Cirurgia. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.