

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PRECOCE EM CRIANÇA QUE APRESENTOU COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA SÍNDROME FETO - FETAL: RELATO DE CASO

Barbara Dayane Araújo de Sousa¹; Letícia Sousa de Araújo²; Emanuela Tavares Cavalcante de Sousa³; Laryssa do Nascimento Barbosa⁴; Eliane Nóbrega Vasconcelos⁵

¹Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil (araujobarbara610@gmail.com)

²Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil (leticia.sousa.d.araujo@gmail.com)

³Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil (manufisio15@gmail.com)

⁴Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil (laryssajesus@hotmail.com)

⁵Prof^ª Ms. do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (elynobrega@hotmail.com)

Resumo: A síndrome feto fetal é uma patologia grave, exclusiva das gestações gemelares monocoriônicas, resultado de uma incompatibilidade na angioarquitetura entre gêmeos, onde o gêmeo receptor recebe um excesso de volume sanguíneo, enquanto o suprimento de sangue para o gêmeo doador é diminuído. Ocorre em aproximadamente 10% de todos os gêmeos monocoriônicos, e o desequilíbrio no fluxo sanguíneo entre doador e receptor resulta em hipovolemia e redução do volume de líquido amniótico (oligodrâmnio) no doador e hipervolemia, além do aumento na quantidade de líquido amniótico (polidrâmnio) no gêmeo receptor. O doador poderá ter retardo do crescimento intra-uterino, anemia e o receptor pode ser policitêmico, ou seja, ambos podem apresentar complicações. O presente relato de caso objetiva demonstrar a importância da intervenção fisioterapêutica precoce no acompanhamento de uma criança gemelar com Síndrome de Transfusão feto-fetal que nasceu prematura (IG=32sem). O tratamento foi iniciado aos três meses de vida (idade corrigida de um mês), através de duas sessões semanais de tratamento, com duração média de 50 minutos, no setor de Pediatria da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba. A proposta terapêutica foi baseada no Conceito Neuroevolutivo Bobath, no Método Samarão Brandão e na Ludoterapia, com orientações para continuidade da estimulação em domicílio. Apesar da intervenção ter início bastante precoce, a criança atingiu todos os marcos do desenvolvimento com certo atraso, desenvolvendo a marcha aos 2 anos de idade e atualmente, com três anos e meio, apresenta leve incoordenação motora e dificuldades na linguagem. A irmã receptora também recebeu acompanhamento, porém apresentou desenvolvimento normal

e em tempo hábil. Apesar do atraso nas aquisições do desenvolvimento e ainda existir algum desvio, consideramos ter havido excelente resposta ao tratamento instituído e ressaltamos a importância da intervenção precoce para a estimulação do desenvolvimento em crianças consideradas de risco.

Palavras-chave: Gravidez Gemelar; Transfusão feto – fetal; Intervenção Precoce

INTRODUÇÃO

A morbidade e mortalidade perinatal em gêmeos é significativamente maior quando comparado a gestações com um único feto devido à alta incidência de prematuridade e muito baixo peso ao nascer. As gestações gemelares representam 2% de todos os casos-de gravidez, podendo ser dizigóticas ou monozigóticas, sendo que, os gêmeos dizigóticos são sempre dicoriônicos (duas placentas separadas), enquanto que os gêmeos monozigóticos compartilham uma única placenta (monocoriônicos). Geralmente todos os gêmeos monocoriônicos têm anastomoses vasculares conectando os dois fetos, que podem levar a complicações graves durante a gravidez incluindo, retardo do crescimento intra-uterino, desequilíbrio do fluxo sanguíneo, perfusão arterial revertida e a síndrome feto fetal (SLAGHEKKE, 2016; MACCOTTA; RODOI, 2016).

Quintero (1999) descreve que a síndrome feto fetal é uma patologia grave e exclusiva das gestações gemelares monocoriônicas, resultado de uma incompatibilidade na angioarquitetura entre os gêmeos, onde o gêmeo receptor recebe um excesso de volume de sangue, enquanto o suprimento sanguíneo para o gêmeo doador é diminuído. Além disso, destaca que são estabelecidos cinco estágios da doença, de I a V, com crescente severidade até o estágio V, caracterizado pelo desaparecimento de um ou ambos os gêmeos.

O diagnóstico desta síndrome baseia-se em critérios ultrassonográficos e caracteriza-se essencialmente por significativa discordância do volume de líquido amniótico entre as duas cavidades, com presença de oligidrânio no gêmeo doador com um bolso vertical mais profundo máximo, cuja Derivação Ventrículo Peritoneal (DVP) corresponde a 2 cm, e polidrânio no gêmeo receptor com pelo menos uma DVP de 8 cm antes de 20 semanas de gestação e pelo menos 10 cm após 20 semanas de gestação (SLAGHEKKE, 2016).

Segundo Roberts (2008), mesmo com o tratamento intrauterino, a síndrome feto fetal está associada a um aumento no risco de morbidade perinatal em comparação com gestações monocoriônicas sem complicação, com o surgimento de doenças neurológicas e complicações cardíacas, bem como um risco significativo de prematuridade, além de sobrevida com

deficiência neurológica também ser uma seqüela grave a longo prazo em indivíduos que realizaram ou não tratamento.

Embora possa se desenvolver em qualquer momento da gestação, a maioria dos casos surgem no segundo trimestre, porém essa condição dinâmica pode permanecer estável durante toda a gestação, raramente regredir de forma espontânea, progredir lentamente ao longo de várias semanas ou se desenvolver rapidamente em um período de dias com rápida deterioração no bem-estar da gestação (SIMPSON, 2013).

O anúncio de uma monocorionicidade e os riscos que ela traz influenciam consideravelmente na maneira como a mulher percebe, experimenta e vive sua gravidez, tornando a gravidez um evento estressante, fazendo com que as mulheres não se sintam seguras até que os bebês nasçam (MACCOTTA; RODOI, 2016; KAARESEN, 2006), pois carregam muitos riscos associados, os pais devem tomar decisões que alteram a vida da mãe e dos bebês, como intervenções cirúrgicas, enfrentam a imprevisibilidade da síndrome, a possibilidade de morte de uma ou ambas as crianças, risco de parto prematuro, e o fato de ter que se ajustar para cuidar de uma criança com deficiência, que demanda mais atenção e exige cuidados especiais (FALLETTA et al, 2018).

As crianças que nascem prematuras tem risco aumentado de desenvolver problemas ao longo da vida, como déficits de atenção, problemas de aprendizagem, e no desenvolvimento neuropsicomotor necessitando por vez de assistência especial na aprendizagem (LANDSEM, 2015).

Afim de minimizar as perdas neurológicas e a longo prazo decorrentes da prematuridade e de complicações intrauterinas, a intervenção precoce tem efeitos comprovados sobre a inteligência, e aspectos cognitivos e motores da criança a longo prazo, contribuindo para melhorar e aumentar suas habilidades para explorar o meio. Assim como, a interatividade dos pais com a criança consiste em um importante recurso no neurodesenvolvimento de prematuros (NORDHOV, 2012).

Diante da repercussão clínica, dos eventos estressantes e do prognóstico reservado que as crianças com síndrome feto-fetal apresentam, esse trabalho objetiva demonstrar a importância da intervenção fisioterapêutica precoce no acompanhamento de uma criança gemelar monocoriônica doadora, que em decorrência de tal síndrome nasceu prematura e apresentou atraso significativo do desenvolvimento neuropsicomotor.

METODOLOGIA

Trata-se do relato de caso de uma criança gemelar, prematura, que apresentou síndrome de transfusão feto-fetal, abordando sua evolução após intervenção fisioterapêutica precoce. As informações a respeito do caso foram obtidas através dos prontuários da criança, sua caderneta de saúde e dos exames complementares, complementado os dados através de questionamentos a sua genitora e a fisioterapeuta responsável pelo acompanhamento da mesma. Foram coletadas informações sobre sua identificação, condições de gestação parto e pós parto, história neonatal, exame físico e neuroevolutivo, exames complementares para o diagnóstico clínico, conduta fisioterapêutica instituída e evolução do caso até o desfecho atual. O acompanhamento da criança foi realizado no setor de Pediatria do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), através do projeto de extensão intitulado “Bebês de risco; Intervenção Precoce nos Transtornos do Desenvolvimento”. O tratamento iniciou aos três meses de vida, porém pela prematuridade foi utilizado a idade corrigida que correspondeu a um mês de vida. O programa terapêutico consistiu de duas sessões semanais, com duração média de 50 minutos cada. A proposta terapêutica foi baseada no Conceito Neuroevolutivo Bobath, no Método Samarão Brandão e na Ludoterapia, com orientações incisivas aos pais para a continuidade da estimulação em domicílio.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificada como CVLM, sexo feminino, com idade cronológica atual de 3 anos e 5 meses, é a primeira gemelar (doadora) oriunda de gestação monócoriônica, porém dizigótica. A mãe iniciou o pré-natal na 2ª semana de gestação, realizou 16 consultas pré-natais, e a gravidez foi desejada desde o início, porém não foi tranquila devido as intercorrências de saúde da mãe e dos fetos durante o período. Durante a gestação a mãe relatou sentir dores abdominais desde os 3 meses de gestação, mas o diagnóstico de síndrome feto-fetal foi feito no quinto mês gestacional, período mais comum para o diagnóstico desta síndrome. Os primeiros exames ultrassonográficos indicaram um quadro estável para a segunda gemelar, no entanto a primeira gemelar (CVLM) apresentou cordão umbilical insuficiente, não havendo

passagem de nutrientes suficientes a ela.

A gestação foi interrompida com 32 semanas devido ao quadro clínico da mãe, caracterizando um parto prematuro. CVLM nasceu no dia 30/12/2014, com 920 gramas, enquanto sua irmã (G2) nasceu com 1.880 g, sendo assim classificada como pequena para a idade gestacional (PIG) e de extremo baixo peso. Mediu 31 centímetros de comprimento, 28 centímetros de perímetro cefálico e apresentou APGAR 6 no primeiro minuto e 7 no quinto minuto, indicando vitalidade razoável ao nascimento. No entanto, houve necessidade de CVLM ser encaminhada para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), onde ficou internada durante 65 dias, dependente de oxigenioterapia. Além disso, foram necessárias duas transfusões sanguíneas. Durante o período de internação em unidade intensiva apresentou algumas complicações, fez parada cardiorrespiratória, sepse neonatal precoce e tardia, broncodisplasia, necrose das falanges distais do 2º ao 5º quirodáctilo do MSD, além de episódios de convulsão, sendo necessário o uso de anticonvulsivante para o controle das crises. Recebeu alta da UTI neonatal com orientação para acompanhamento com Pediatra e Neurologista (Follow-up) e, ainda, para tratamento fisioterapêutico motor e respiratório.

A criança chegou ao nosso serviço, para acompanhamento por intervenção precoce, com quase três meses (exatamente 2m e 17 d). Ao examiná-la, observamos que o tônus muscular era “algo elevado”. Em supino apresentava-se com importante tendência de extensão nos MMII, e em prono, flexão corporal global por influência do Reflexo Tônico Labiríntico. Apresentava ainda dificuldade na fuga a asfixia, Moro exacerbado e movimentação espontânea pobre. Parecia ver e ouvir bem.

As decisões terapêuticas iniciais basearam-se literalmente nos achados clínicos e como já citado, lançamos mão de métodos de tratamento fisioterapêutico ontogenéticos (Bobath, Samarão Brandão e a ludoterapia). O programa de seguimento constou de técnicas para inibição da atividade reflexa anormal, dessensibilização, facilitação das coordenações sensório-motoras e das reações posturais automáticas, dissociações de cinturas, posicionamentos, estimulação sensorial (táteis, visuais, auditivas, proprioceptivas e vestibulares), criação de laços afetivos com o terapeuta (a criança teve importante dificuldade inicial), estimulação do despertar para o brincar e da interação com o meio. A mãe recebeu orientações quanto às atividades de vida diária e a continuidade do tratamento em casa.

Logo no primeiro mês de tratamento, a Fisioterapia motora precisou ser suspensa devido apresentar quadros de dessaturação, induzidos pela sua condição cardiorrespiratória comprometida, necessitando neste momento, prioritariamente, da Fisioterapia respiratória.

Porém, com boa resposta ao tratamento, quinze dias depois retornou a Fisioterapia motora para dar continuidade a proposta inicial

Graças à assistência ininterrupta e, principalmente, ao empenho que os pais desprenderam, a criança apresentou evolução extremamente satisfatória. Houve excelente diminuição da atividade tônica (principalmente nos MMII) e ganho nas aquisições sensório-motoras primárias, secundárias e terciárias, desenvolvendo marcha voluntária sem apoio aos 2 anos de idade.

Com 2 anos e 6 meses de idade, CVLM já realizava a maior parte das funções motoras grossas, contudo com pequeno desvio na marcha e na atividade de correr, devido a uma leve incoordenação motora e o déficit de equilíbrio; como também já realizava tarefas de domínio motor fino adaptativo, citando como exemplo, a capacidade de pinça e comer sozinha. Em relação a interação pessoal-social, expressava interesse por crianças, sorria responsivamente, sabia acenar dando tchau e se reconhecia no espelho, importante para a constituição do seu eu. Contudo, era introvertida e ao mesmo tempo voluntariosa, apresentando ainda distúrbio auditivo e atraso importante da fala, pronunciando apenas alguns monossílabos, o que levou a se levantar suspeita de Espectro Autista.

CONCLUSÃO

Ao todo foram realizados 75 atendimentos de Fisioterapia para estimulação do desenvolvimento neuropsicosensório-motor da criança em questão, além das sessões de Fisioterapia respiratória. Apesar da intervenção ter iniciado bastante precocemente, a criança atingiu todos os marcos do desenvolvimento com certo atraso e, atualmente, com três anos e meio, apresenta ainda algum comprometimento na deambulação em decorrência de leve incoordenação motora e discreta falta de equilíbrio, mas julgamos importantíssimo o trabalho desenvolvido, até porque sua irmã considerada receptora, mas prematura e com baixo peso, também foi inserida no mesmo projeto de extensão acima citado e, apresentando o desenvolvimento perfeitamente normal e em tempo hábil.

Sugerimos a continuidade do acompanhamento em nosso serviço e natação, mas enfatizamos que no momento, seja bastante dada atenção ao comprometimento da audição, da linguagem, da interação social com profissionais qualificados e vigilância com o desempenho escolar, pois a criança já está incluída na rede de ensino da cidade.

Pelo exposto, fica evidente a gravidade do caso, no entanto, apesar de existir algum distúrbio no seu desenvolvimento, consideramos ter havido excelente resposta ao tratamento

instituído e ressaltamos a importância da intervenção precoce para a estimulação do desenvolvimento de crianças com diagnóstico de Síndrome de Transfusão Feto-fetal, ou qualquer outra criança considerada de risco para os transtornos do desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

FALLETTA, L. et al. Depression, anxiety, and mental health service experiences of women with a twin-twin transfusion syndrome pregnancy. **Archives of women's mental health**, v. 21, n. 1, p. 75-83, 2018.

KAARESEN, P. I. et al. A randomized controlled trial of an early intervention program in low birth weight children: outcome at 2 years. **Early human development**, v. 84, n. 3, p. 201-209, 2008.

LANDSEM, I. P. et al. Does An Early Intervention Influence Behavioral Development Until Age 9 in Children Born Prematurely? **Child development**, v. 86, n. 4, p. 1063-1079, 2015.

MACCOTA, M.; RADOI, L. Florid osseous dysplasia: Management of a symptomatic case, **Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale**, v. 117, n. 6, p. 425-428, 2016.

NORDHOV, S. M. et al. Early intervention improves behavioral outcomes for preterm infants: randomized controlled trial. **Pediatrics**, v. 129, n. 1, p. 9-16, 2012.

QUINTERO, R. A. et al. Staging of twin-twin transfusion syndrome. **Journal of Perinatology**, v. 19, n. 8, p. 550-555, 1999.

ROBERTS, D. et al. Interventions for twin–twin transfusion syndrome: a Cochrane review. **Ultrasound in obstetrics & gynecology**, v. 31, n. 6, p. 701-711, 2008.

SIMPSON, L. L. Twin-twin transfusion syndrome. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 208, n. 1, p. 3-18, 2013.

SLAGHEKKE, F. et al. Antenatal management of twin-twin transfusion syndrome and twin

anemia-polycythemia sequence. **Expert review of hematology**, v. 9, n. 8, p. 815-820, 2016.