

## ECTOPIA CORDIS - RELATO DE CASO.

ARAÚJO COSTA, Lícia Kércia  
NUNES JÚNIOR, Joel Nicolau Nogueira  
CARNEIRO AGUIAR, Guilherme  
MENDES DE CARVALHO, Luciana  
SANTOS, Natália Rosa  
GUIMARÃES DE SOUZA, Jennefer  
MARTINS, Marília da Glória

**Introdução:** A Ectopia cordis pode ser definida como defeito congênito raro, relacionado à malformação da parede anterior do tórax, com localização extratorácica do coração. Dependendo da posição onde o coração é encontrado, pode ser categorizada em quatro tipos: cervical, torácica, tóraco-abdominal e abdominal. A formação das paredes torácica e abdominal está completa na nona semana e, a parede do coração com oito semanas. A prevalência desta doença é baixa, um a cada 65.000 nascidos vivos, a literatura mundial descreve quase 900 casos. O prognóstico é reservado e depende do grau da malformação intracardiaca, malformações associadas, e o grau de exposição do coração. A maioria das crianças falece nas primeiras horas ou dias de vida. Tentativas de correção cirúrgica já foram amplamente realizadas, recomendando-se cobertura imediata do coração e conteúdo abdominais expostos com prótese de silastic, além da avaliação completa e correção dos defeitos intracardiacos antes do fechamento da parede abdominal. **Descrição do caso:** A.C.S.S., 16 anos, branca, católica, lavradora, casada, natural e residente no município de Coroatá-MA, multigesta, Gesta V, Para II, Abortos III (espontâneos), ,DUM:16/07/2006, relatou período de amenorréia de 7 meses sem intercorrências obstétricas, realizou 4 consultas pré-natais e um exame de ultra-sonografia obstétrica em torno de 17 semanas e 06 dias. No dia 23/01/2007 foi admitida no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HUUMI) queixando-se de dor no baixo ventre, e com laudo ultra-sonográfico realizado no dia 06/11/2006: Biometria: DBP 40, 1 mm, CC 150 mm, CA 121mm, CF 24,2 mm, Peso: 230g, placenta: inserção fúndica, maturidade grau 0, líquido: quantidade normal, e concluiu gestação tópica de 17 semanas e 6 dias. Foi internada na enfermaria de Clínica Obstétrica, medicada com Dexametasona e Terbutalina e solicitados os seguintes exames de rotina. Realizada Ultra-sonografia Obstétrica que mostrou: feto único, pélvico, movimentos fetais presentes, FC: 140bpm, biometria: DBP 72 mm, CC 267 mm, CA 228 mm, CF 52 mm, CU 45 mm, placenta: inserção lateral direita grau I, quantidade de líquido amniótico normal. Conclusão: Gestação tópica de 28 semanas, vitalidade fetal preservada. Observando defeito no esterno, com protusão do coração para fora do tórax (ectopia cardíaca). No dia 04/01/07 a paciente evoluiu para trabalho de parto e parto por via vaginal, recém-nascido prematuro (28 semanas) de apresentação pélvica, estatura 40 cm, peso 1600 g, Apgar 04 ao 1º minuto e 06 ao 5º m inuto após o nascimento, observou-se fácie atípica com implantação baixa de orelha. Não foi necessário manobra de reanimação, feto apresentando defeito no esterno, com protusão do coração exteriorizado, mostrando ápice, átrio direito e apêndice atrial com boa contratilidade, ausência de pericárdio, aparentemente sem nenhuma anomalia grosseira. Apresentou ainda implantação alta do cordão umbilical (2 artéria e 1 veia) e eliminação de urina e mecônio. O RN foi submetido à cirurgia cardíaca logo após o nascimento evoluindo para óbito durante o ato operatório. **Conclusão:** concluímos que a história obstétrica neste caso específico é um marcador importante na busca da etiologia dos abortamentos de repetição.