

Pensando além do óbvio no seguimento de crianças com cardiopatias congênitas corrigidas cirurgicamente, um relato de caso

João Paulo Porto Martins
Viviane Campos Barbosa de Sena

joaopauloport@gmail.com

Introdução

Miocardite é uma doença inflamatória do miocárdio com diversas etiologias, sendo a maioria infecciosa, particularmente em crianças, causas virais são as mais comuns. O citomegalovírus (CMV) está entre os agentes mais comuns[1]. Transposição dos Grandes vasos da base (TGVB) é uma lesão em que a aorta emerge do ventrículo direito e a artéria pulmonar do ventrículo esquerdo[2,3]. Alguns trabalhos encontraram genoma viral em miocárdio de crianças com cardiopatias congênitas[4]. É importante perceber que nem sempre uma complicação inerente e conhecida do pós-operatório reparador da cardiopatia congênita é a causa de descompensação clínica do pequeno paciente.

Relato de caso

Paciente de 3 anos e 9 meses deu entrada para internação com queixa de edema abdominal e taquidispnéia, esforço respiratório e edema de face, parede abdominal e membros inferiores.



Figura 1 – Circunferência abdominal aumentada para a idade medindo 54 cm devido a edema da parede e ascite.



Figura 2 – Turgência de jugular externa – malformação de pavilhão auditivo

Com diagnóstico desde o nascimento de TGA corrigido aos 3 anos e 3 meses pela técnica de Rastelli. Ao exame se apresentava taquidispneico com esforço respiratório moderado, turgência jugular. Ausculta cardíaca com B3, sopro 3+/6+ mais audível em borda esternal esquerda baixa. Ausculta Pulmonar com redução de murmúrio em ambas as bases.

Em uso de warfarina, fenobarbital e risperidona no momento da internação. Ecocardiograma com veia cava inferior dilatada sobrecarga de volume de átrio direito, disfunção biventricular grave, regurgitação tricúspide grave, regurgitação pulmonar importante. Abdome ascítico, com fígado a 5 cm do rebordo costal direito. Membros inferiores com edema 2+/4+.

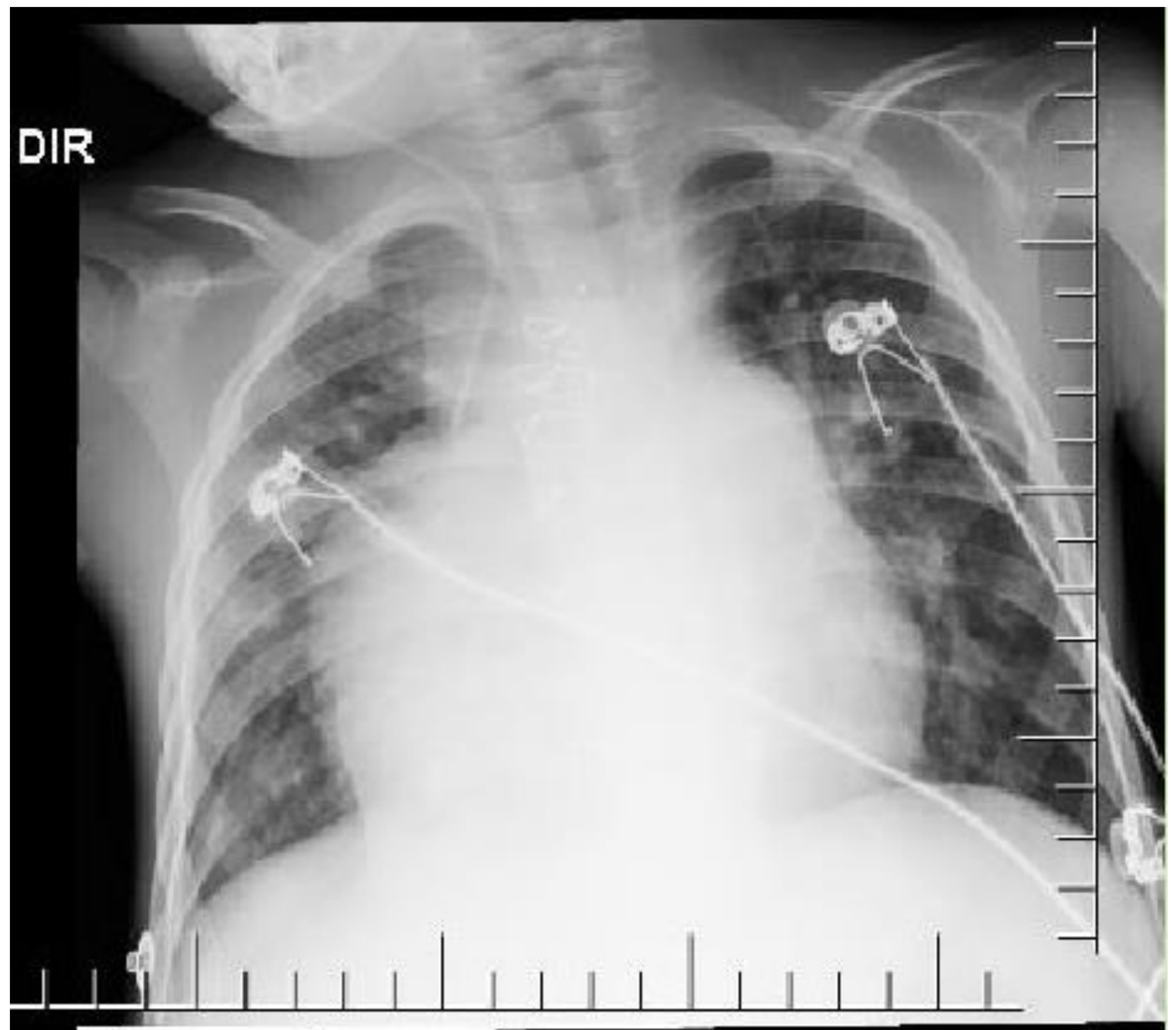


Figura 3 – Rx de tórax com aumento de área cardíaca e congestão pulmonar

Nos exames laboratoriais Peptídeo natriurético cerebral (BNP) de 16.573. Nos dias que seguiram houve tentativas frustradas de se transicionar a furosemida para via oral e de se reduzir ou suspender a hidroclorotiazida. IGM e IGG e PCR (polimerase) foram positivos para citomegalovírus e a proteína C reativa 782, a troponina 0,013, CK-MB 1871 e novo BNP de 7630. Eco após 2 semana que demonstrou melhora na função de ambos os ventrículos.

Discussão

Após a confirmação laboratorial foi feita imunoglobulina venosa na dose de 2g/kg em 24 horas conforme sugestão da literatura, e não foi utilizado medicação antiviral uma vez que esta é indicada apenas em pacientes imunodeprimidos. Após o reestabelecimento da função cardíaca observamos uma piora da insuficiência pulmonar e tricúspide. Conclusão: Diante do que foi apresentado torna-se notória a investigação de miocardite, sobremaneira de origem viral em crianças com descompensação clínica de cardiopatias congênitas.

Referências bibliográficas

- 1 - Canter, C. E., & Simpson, K. E. (2014). Diagnosis and treatment of myocarditis in children in the current era. *Circulation*, 129(1), 115–128. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.001372>
- 2 - Fulton, D.R., Fyler, D.C. (2006) D-Transposition of the Great Arteries. In: Nadas' Pediatric Cardiology, 2nd ed, Keane JF, Lock JE, Fyler DC (Eds), Saunders Elsevier, Philadelphia, PA. p.645.
- 3 - Warnes C. A. (2006). Transposition of the great arteries. *Circulation*, 114(24), 2699–2709. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.592352>
- 4 - Comar, M., D'Agaro, P., Campello, C., Poli, A., Breinholt, J. P., 3rd, Towbin, J. A., & Vatta, M. (2009). Human herpes virus 6 in archival cardiac tissues from children with idiopathic dilated cardiomyopathy or congenital heart disease. *Journal of clinical pathology*, 62(1), 80–83. <https://doi.org/10.1136/jcp.2008.059568>