

Cardiologia

C 001 REESTENOSE DE COARCTAÇÃO DE AORTA EM PACIENTE SUBMETIDA À ISTMOPLASTIA NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO

KARINA CRISTINA KOPPER¹, HANNA FLÁVIA BORGES DE CARVALHO¹, MARIA LUIZA ASSUNÇÃO AZEVEDO¹, JORDANE BORGES¹

1. UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS BH

INTRODUÇÃO: A coarctação de aorta (CoAo) é um estreitamento congênito da aorta mais comum na região istmica. O diagnóstico é inferido clinicamente, confirmado com exame de imagem e tratado com cirurgia. **RELATO DO CASO:** KCK, sexo feminino, ao nascimento apresentou exame físico com amplitude dos pulsos em membros inferiores reduzida, leve dispnéia e discreta cianose, com sequencial ecocardiograma normal no 5º dia de vida. Retorna ao hospital no 10º dia com sinais e sintomas de baixo débito intensificados, associado à cardiomegalia na radiografia e CoAo no ecocardiograma. Submetida à istmoplastia pela técnica de Waldhausen, com sucesso. Aos 18 anos, diagnosticada com hipertensão arterial sistêmica (HAS) em controle com betabloqueador. Aos 22 anos, descobre pressão sintomática associada a dispnéia aos moderados esforços, com evidência de 70 de reestenose e dilatação pós-estenótica à angiorrisonância. Submetida à angioplastia (stent de Nitinol), retorno dos gradientes pressóricos sem mais complicações. **DISCUSSÃO:** A coarctação da aorta é uma doença de reconhecimento clínico relativamente simples, caracterizado pela ausência ou diminuição da amplitude dos pulsos arteriais nos membros inferiores associado a presença de pulsos amplos e hipertensão arterial nos membros superiores. A suspeita clínica pode ser feita durante um exame físico rotineiro. O caso aponta características específicas da CoAo, estas foram percebidas pela clínica a ponto de solicitarem um ecocardiograma, que é examinador dependente, e descartada quando este veio sem alterações. Com risco aumentando de mortalidade, o diagnóstico foi prorrogado. Sintomas se intensificaram e paciente retorna sendo submetida a cirurgia de escolha. Quando a idade da correção for inferior a 6 meses há maior risco de reestenose e menor possibilidade de evolução com HAS secundária, em discordância com a literatura a paciente desenvolveu hipertensão e em concordância apresentou, sequencialmente, reoatcação. No entanto, a istmoplastia é a técnica com menor chance de reestenose tardia (4 a 7) o que não contribuiu nesta paciente. **CONCLUSÃO:** A reestenose, portanto, pode ocorrer com coarctação de aorta, associada ou não a HAS secundária, e seu tratamento é através do stent. Sendo necessário um exame físico confiável afim de que seja compatível com o exame de imagem, que é examinador dependente e pode apresentar falhas.

Palavra Chave: Coarctação de Aorta, Stent, Istmoplastia.

Agradecimentos: Ao Professor Jordane

C 002 ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS E SUBDIAGNÓSTICO DA FEBRE REUMÁTICA: RELATO DE CASO

FERNANDA LOPES DE ALMEIDA BARCELOS¹, BRUNA APARECIDA CARVALHO LUIZ¹, FRANCINE DE PAULA ROBERTO DOMINGOS¹, LEONARDO HENRIQUE FRANÇA BARBOSA¹, LETÍCIA REZENDE SEMIÃO¹, LUIZ EDUARDO DA ROCHA GONZAGA¹, PRISCILA RABELO CINTRA¹, LUCIANA GIAROLLA DE MATOS¹, ERNESTO LIPPI NETO¹

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS

Introdução: A febre reumática (FR) causada pelo Estreptococo beta hemolítico do grupo A, ainda é prevalente em países em desenvolvimento. Suas manifestações são: Cardite, Artrite e Coreia de Sydenham. O diagnóstico baseia-se nos critérios de Jones modificados. **Descrição do Caso:** R.S.O, 14 anos, sexo masculino, procurou atendimento médico com quadro de faringoamigdalite. Evoluiu sem melhora dos sintomas e com agravamento da febre na ocasião. Durante 05 meses, procurou atendimento médico em diversas especialidades sem obter diagnóstico. Em Março de 2017, foi internado ao apresentar sintomas compatíveis com coreia e então diagnosticado febre reumática, tratado em ambiente hospitalar por 2 dias, alta com prescrição de: Olanzapina, Biperideno e Penicilina Benzatina com intervalos a cada 21 dias. Por apresentar coreia, o paciente enfrentou bullying, isolamento social, além de ser estigmatizado como usuário de drogas, portador de distúrbios psiquiátricos e submetido à intervenções religiosas, gerando alto grau de sofrimento. Após 3 meses, retorna ao atendimento ambulatorial para reavaliação do quadro, onde ainda apresentava movimentos coreicos, porém em menor grau e ao Ecocardiograma Transtorácico evidenciava: Insuficiência Mitral Discreta, Insuficiência Aórtica Mínima, Insuficiência Tricúspide Discreta e Insuficiência Pulmonar Mínima. Foi reorientado a conduta citada e a realização de ecocardiograma anualmente. Em abril de 2018, em consulta, paciente bem e sem movimentos coreicos com tratamento. **Discussão:** O diagnóstico baseia-se nos critérios de Jones modificados. A coreia isolada, de etiologia não definida, é suficiente para o diagnóstico. A FR permanece como problema de saúde nos países em desenvolvimento. No Brasil, observa-se uma redução do número de internações, mas ainda há 30.000 novos casos por ano e o atraso no diagnóstico pode ser responsável por piores prognósticos. **Conclusão:** O conhecimento médico sobre a doença permite diagnóstico e tratamento precoce evitando dano valvar permanente, bem como oerções no Sistema de Saúde e sofrimento biopsicossocial do paciente. Para que crianças e adolescentes com quadro crônico aprendam a conviver com a doença e suas consequências, são essenciais a integração entre os sistemas de saúde e educação, além do esclarecimento ao paciente sobre seu quadro clínico.

Palavra Chave: Febre Reumática, Subdiagnóstico, Aspectos Biopsicossociais

C 003 DEFEITO DO SEPTO ATRIOVENTRICULAR EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

LAYANE PAES FRANCO¹, MARIANA PINHEIRO FIGUEIREDO¹, GABRIELE QUEIROZ MONTEIRO DE REZENDE¹

1. UNIFENAS BH

Introdução: Um a cada 680 nascidos vivos possuem Síndrome de Down (SDA). As malformações cardíacas ocorrem em 50 dessas crianças e o defeito do septo atrioventricular (DSAV) é a cardiopatia congênita mais frequentemente associada. **Objetivo:** Mostrar a prevalência do defeito do septo atrioventricular em crianças com Síndrome de Down e a importância do diagnóstico precoce. **Método:** Revisão bibliográfica nas bases de dados Scielo, Pubmed e Lilacs, elencando artigos relevantes ao tema trabalhado com, no máximo, onze anos de publicação. **Resultados:** A cada 800 nascimentos vivos, cerca de uma criança nasce com SD, e a cardiopatia congênita está presente em pelo menos metade dos recém-nascidos. Em comparação com a população geral, crianças com SD têm um risco 2000 vezes maior de apresentar defeitos septais atrioventriculares, 65 das crianças com DSAV possuem SD, ressaltando a forte relação entre ambos. Ao longo dos anos, houveram mudanças nas prevalências de diferentes fenótipos de cardiopatia em crianças com SD. Novo estudo alemão observou que as taxas de prevalência de cardiopatias em crianças com SD permaneceram constantes até 2010, entretanto a prevalência de DSAV reduziu em 14 do período de 2005-2009 para o período de 2010-2014. Isso pode ser explicado pela melhora nos tratamentos coronarianos com maiores taxas de sobrevida e melhores resultados ao longo dos anos. Além disso o diagnóstico pré natal de DSAV teve um aumento significativo nos últimos anos, com consequente aumento nas referências para cirurgias de correção, sendo essas cada vez mais precoces melhorando o prognóstico deste pacientes. **Conclusão:** Devido à alta prevalência de DSAV nos pacientes com SD o rastreamento dessa cardiopatia congênita no pré-natal destes pacientes é de extrema importância visto que o diagnóstico e tratamentos precoces melhoram o prognóstico no primeiro ano de vida.

Palavra Chave: Atrioventricular septal defect, Down syndrome

Agradecimentos: Agradecemos a Dra Gabriele Rezende, Cardiologista Pediatra, que nos orientou no trabalho.

C 004 RELATO DE CASO: ARRITMIA CARDÍACA ASSOCIADA AO USO DE ANTI-HISTAMÍNICOS

THAÍS ALVES MOTA RIDAN SOUZA¹, ÚRSULA CAROLINE NUNES BATISTA¹, JOSIMARA ARAÚJO LIBERATO¹, JUSCILENE ARANDA E SILVA LEITE¹, NIARA RODRIGUES TORQUATO¹, ÉRICA ABJAUDI CARDOSO¹, THEAGO SOARES SARAIVA¹, ALEXANDRE ALVES NEVES¹

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE

As arritmias cardíacas resultam da condução anormal do estímulo pelas estruturas do coração. Sua incidência é de difícil delimitação pela falta de identificação e, alguns casos ou pela resolução espontânea de outros. O achado de uma arritmia deve ser interpretado de acordo com a clínica do paciente, sendo dessa forma necessária a investigação dos fatores relacionados e desencadeantes do quadro, como o uso de medicamentos. Neste relato de caso é apresentado um escolar masculino com 11 anos de idade. Nasceu de parto normal e sem intercorrências. Aos 3 anos foi internado devido a um quadro de icterícia e hepatomegalia, sendo diagnosticado com hepatite auto-imune. Foram prescritos para o tratamento a prednisona 5 mg e a azatioprina 25 mg. No decorrer da terapêutica o paciente desenvolveu crises intermitentes de urticária difusa e generalizada, além de angioedema dos lábios e das pálpebras. Para tal afecção foi prescrito maleato de dexclorfeniramina 5 ml ao dia, com melhora dos sintomas. O maleato de dexclorfeniramina em associação com a prednisona foi utilizado de forma crônica por aproximadamente 6 anos, quando o paciente apresentou sintomas de dispnéia, precordialgia e palpitações. Foi admitido ao hospital e identificada arritmias supraventricular e ventricular com extrasístole ventricular. Com a suspensão do anti-histamínico de primeira geração e prescrição de um da segunda - loratadina 40 mg - observou-se a melhora do quadro através da sintomatologia e de eletrocardiogramas seriados. O uso crônico de medicamentos sem a orientação médica é quase sempre acompanhado de malefícios que podem causar sérios danos à saúde, sendo fundamental a orientação médica durante a prescrição. Além disso, explicita-se neste relato a necessidade de observação e correlação dos sintomas apresentados pelo paciente com a farmacodinâmica e os efeitos adversos causados pelos medicamentos em uso. A intervenção médica é importante antes da ocorrência de agravos à saúde do paciente.

Palavra Chave: Arritmias, Anti-Histamínico, Efeitos, Pediatría

C 005 INUSITADO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FEBRE REUMÁTICA

SANDRA REGINA TOLENTINO CASTILHO¹, LAURA FERNANDES DE OLIVEIRA CAMPOS ROCHA¹, LAURA DRUMMOND NOGUEIRA¹, LUÍSA DINIZ REIS¹, NATHALIA MUSSI MONTEZE¹, FÁTIMA DERLENE DA ROCHA ARAÚJO¹, TÚLIO MOURA DE BATTISTI¹, ZILDA MARIA ALVES MEIRA¹

1. HC-UFMG

Introdução: Febre reumática (FR) é a principal causa de regurgitação mitral (RM) na faixa etária escolar no nosso meio. Entretanto, outras etiologias devem ser consideradas no diagnóstico diferencial, como endocardite bacteriana (EB) e, mais raramente, anomalias congênitas: prolapso de valva mitral (VM), fissura isolada da valva mitral (FIVM) e cleft mitral (CM). Isto é muito importante uma vez que o tratamento pode ser curativo em determinadas etiologias. **Descrição do caso:** Escolar, masculino, 8 anos, internado com insuficiência cardíaca, febre, episódios anteriores de faringoamigdalite, aumento de PCR e VHS. Ao exame, apresentava bom estado geral, presença de sopro sistólico regurgitativo grau III/VI em área mitral irradiando para axila. Exame ecocardiográfico (Eco) inicial: RM grave, ausência de vegetações. Recebeu

alta com diagnóstico de cardite reumática, em uso de penicilina G benzatina, furosemida, captopril e Prednisona. Repetido Eco ambulatorialmente: RM importante com lesão semelhante a fissura em folheto mitral anterior, medindo 3,97mm, importante aumento de câmaras esquerdas, hipertensão pulmonar, boa função sistólica de ventrículo esquerdo. Após análise do resultado, foi aventada a baixa probabilidade de quadro de FR, já que a VM não apresentava alterações morfológicas sugestivas de envolvimento reumático, e levantou-se as hipóteses de RM congênita. Submetido a intervenção cirúrgica, identificando-se fissura no folheto anterior da válvula mitral e anel alargado com insuficiência valvar importante. Realizada rafia de folheto e plicatura de anel, sem intercorrências. A evolução pós-operatória mostrou criança assintomática, com ausculta cardíaca normal e normalização das dimensões das câmaras cardíacas, da pressão pulmonar e mínimo jato de RM ao Eco. **Discussão:** A FIVM é causa congênita rara de RM (incidência de 1:1340 crianças). Pode ocorrer isoladamente ou em associação com outras cardiopatias congênitas. Nesses casos, os sintomas são mais precoces se comparado à fissura isolada. Após o advento do Eco bidimensional de alta resolução e do tridimensional, o diagnóstico da FIVM tem sido cada vez mais precoce e mais recorrente que no passado. **Conclusão:** Este relato demonstra a importância do Eco no diagnóstico diferencial da valvopatia mitral e evidencia a possibilidade de diagnóstico precoce em casos de FIVM, alterando a conduta e o prognóstico do paciente.

Palavra Chave: Fissura Mitral, Febre Reumática, Regurgitação Mitral

C 006 VALE A PENA REALIZAR EXAME ELETROCARDIOGRÁFICO NA AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO DE CRIANÇA SAUDÁVEL?

LARISSA MEZERHANE DA SILVA¹, NATHALIA MUSSI MONTEZE¹, DINAMAR AMADOR DOS SANTOS NETO¹, GUILHERME GOMES DE SOUZA¹, LÍCIA CAMPOS VALADARES¹, ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES¹, ANDRÉ ASSIS LOPES DO CARMO¹, FÁTIMA DERLENE DA ROCHA ARAÚJO¹, ZILDA MARIA ALVES MEIRA¹

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFMG

Introdução: A avaliação cardiovascular pré-operatória visa identificar anormalidades que possam aumentar o risco de morbimortalidade no per e pós-procedimento cirúrgico. A indicação de exames complementares na avaliação pré-operatória é controversa. Estudos demonstram não haver benefício em relação à anamnese bem feita e exame físico completo na detecção de irregularidades. No presente relato, foi solicitado um exame eletrocardiográfico (ECG), diagnosticando-se pré-exitação (Wolff-Parkinson-White), que poderia ter implicações nos cuidados por operatórios. Relato de caso: Escolar de 10 anos admitida para avaliação de risco cirúrgico para realização de procedimento oftalmológico. Criança assintomática, com exame cardiovascular normal. Laudo ECG compatível com diagnóstico de Wolff-Parkinson-White: ritmo sinusal, 83 bpm, intervalo PR 80 ms (VR 90 a 170 ms), presença de onda delta em todas as derivações. Exame ecocardiográfico sem alterações. Cirurgia oftalmológica sem intercorrências, aguardando estudo eletrofisiológico. **Discussão:** Solicitação de exames em pacientes saudáveis é controversa, apresenta baixa sensibilidade na detecção de doenças, gera custos ao sistema de saúde e acompanhamento médico desnecessário. A literatura acerca de benefício versus impacto da realização rotineira de exames complementares pré-operatórios é escassa. A revisão sistemática realizada por Keay L et al (2012), comparando a realização ou não de exames pré-operatórios e ocorrência de eventos, mostrou que a taxa de complicações foi semelhante entre os grupos. Diante disso, foi concluído que a realização de exames pré-operatórios não aumentou a segurança do procedimento e foi associada ao aumento do custo de até 2,5 vezes. Por outro lado, a realização de exames complementares no pré-operatório pode detectar anormalidades subclínicas que mesmo não tendo impacto sobre o ato operatório pode proporcionar propedêutica complementar adequada posteriormente e em alguns casos tratamento e/ou acompanhamento específicos. **Conclusão:** Apesar dos custos dos exames complementares, deve-se avaliar o benefício individual, como no caso acima mencionado, no qual foi detectada uma importante anormalidade de ritmo que poderia ter impacto na evolução clínica per e pós-operatória, além da necessidade de propedêutica mais avançada e provável procedimento curativo.

Palavra Chave: Wolff-Parkinson-White, Eletrocardiografia, Risco cirúrgico

C 007 IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO NO DIAGNÓSTICO DE FEBRE REUMÁTICA

NATHÁLIA MUSSI MONTEZE¹, LARISSA MEZERHANE DA SILVA¹, GUILHERME GOMES DE SOUZA¹, DINAMAR AMADOR DOS SANTOS NETO¹, MONIQUE MORAES¹, ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES¹, FÁTIMA DERLENE DA ROCHA ARAÚJO¹, ZILDA MARIA ALVES MEIRA¹, HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI¹, ALAN ALVAREZ CONDE¹

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFMG

Introdução: A febre reumática (FR) é a principal causa de cardiopatia adquirida em crianças e adultos jovens. Ainda no século XXI apresenta distribuição universal com maior prevalência nos países menos desenvolvidos. No nosso meio, está em declínio, porém continua como a principal causa de insuficiência cardíaca em escolares e adolescentes. Os critérios de Jones foram modificados em 2015, com objetivo de ampliar o diagnóstico em países de moderada e alta prevalência, como o Brasil. Foram incluídas a cardite subclínica e a poliartralgia como critérios maiores. Relato do caso: adolescente de 12 anos, procedente do norte de Minas Gerais, com quadro inicial de febre, odinofagia e rash cutâneo que, após 15 dias, além da persistência da febre, apresentou dor nos joelhos, tornozelo, cotovelos, braços e edema em mãos e pés. Inicialmente, o exame cardiovascular era pobre, apesar do exame ecocardiográfico demonstrar regurgitação moderada de valva mitral e importante de valva aórtica. Com a evolução foi auscultado sopro sistólico regurgitativo em átrio esquerdo e sopro diastólico em foco aórtico e pressão arterial divergente (PA 120x20 mmHg). Apesar das lesões valvares importantes, apresentou quadro leve de insuficiência cardíaca. Foi tratado com penicilina benzatina e prednisona. Está em acompanhamento ambulatorial com boa evolução. **Discussão:** FR é uma doença inflamatória, multissistêmica, ocasionada após faringoamigdalite pelo agente infeccioso *Streptococcus 946*, hemolítico do grupo A, em pessoas predispostas geneticamente. É mais frequente na faixa etária entre 5 e 14 anos e a manifestação clínica mais temível é a cardíaca. O diagnóstico é feito com base em achados clínicos e também por achados ecocardiográficos pelos critérios de Jones modificados em 2015. O paciente relatado apresentou duas manifestações maiores (poliartralgia, cardite inicialmente como achado ecocardiográfico e depois clínico) e duas menores (aumento de PCR e VHS, febre). **Conclusão:** O diagnóstico de FR deve ser sempre lembrado pelo pediatra, em escolares e adolescentes com poliartralgia. O paciente deve ser acompanhado para avaliação de manifestações de cardite, sendo o exame ecocardiográfico de muita utilidade.

Palavra Chave: Febre reumática, Cardite reumática, Poliartralgia

C 008 ORIGEM ANÔMALA DE CORONÁRIA ESQUERDA EM LACTENTE COM CARDIOMIOPATIA DILATADA

GUILHERME GOMES DE SOUZA¹, LARISSA MEZERHANE DA SILVA¹, DINAMAR AMADOR DOS SANTOS NETO¹, NATHÁLIA MUSSI MONTEZE¹, ADRIANA FURLETTI MACHADO GUIMARÃES¹, FÁTIMA DERLENE DA ROCHA ARAÚJO¹, SANDRA REGINA TOLENTINO CASTILHO¹, ZILDA MARIA ALVES MEIRA¹, HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI¹, HEBE FLÁVIA PEREIRA LOPES¹

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFMG

Introdução: A origem anômala de artéria coronária esquerda do tronco pulmonar (OACEAP) - Síndrome de Alcapa ou Síndrome de Bland-White-Garland - é rara, com incidência de 1 para 300.000 nascimentos, representando 0,25 - 0,5 das cardiopatias congênitas. No período neonatal, as crianças são assintomáticas e sintomas de angina e insuficiência cardíaca (IC) aparecem a partir da oitava semana de vida. Relatamos um caso de cardiomiopatia dilatada secundária a OACEAP. Relato de caso: Lactente de três meses, encaminhado com cardiomegalia e sinais clínicos de IC (cansaço, sudorese principalmente às mamadas, choro estridente) desde um mês de vida. Negava infecções prévias ou outras intercorrências. Ao exame clínico apresentava-se pálido, taquicênico, sudorético, episódios de choro intenso com acalmia, ritmo cardíaco em 3 tempos, pulsos periféricos simétricos e fíno, fígado a 4 cm do rebordo costal direito. Submetido a exames complementares. ECG: sinais de sofrimento miocárdico (ondas T negativas em DI, DII, aVL, V4 - V6, onda Q com amplitude entre 10 - 20 mm em DI, aVL, V4 - V6). ECO: aumento importante de ventrículo esquerdo (VE) com fração de ejeção de 26, hipocinesia difusa de suas paredes, dilatação de artéria coronária direita, sem visualização adequada da origem da coronária esquerda. Aventada a hipótese de OACEAP, confirmada por cateterismo, sendo a criança submetida a correção cirúrgica. **Discussão:** A cardiomiopatia dilatada é uma das principais causas de IC na infância. Apresenta diversas etiologias (hereditária, infecciosa, neuromuscular, medicamentosa, estrutural e idiopática), sendo a miocardite a mais importante. Em lactentes é importante afastar causas curáveis, como anomalia de coronária e do arco aórtico. No diagnóstico de OACEAP, o ECG é fundamental ao evidenciar alterações isquêmicas. O ECO nem sempre será conclusivo, sendo necessário estudo hemodinâmico em todos os pacientes. **Conclusão:** A OACEAP é uma cardiopatia de bom prognóstico, quando diagnosticada e tratada em tempo adequado. É importante que o pediatra tenha em mente a suspeita clínica de OACEAP nos casos de cardiomiopatia dilatada em lactentes.

Palavra Chave: Origem Anômala de Coronária, Cardiomiopatia Dilatada

C 009 TETRALOGIA DE FALLOT ASSOCIADA A AGENESIA DE VALVA PULMONAR: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

MONIQUE MORAES DE SOUSA¹, NATHÁLIA MUSSI MONTEZE¹, LARISSA MEZERHANE DA SILVA¹, GUILHERME GOMES DE SOUZA¹, DINAMAR AMADOR DOS SANTOS NETO¹, AYESKA ANDRADE LIMA¹, LANA COELHO DE OLIVEIRA E SILVA¹, ANA LUIZA DE SOUZA ALEXANDRE¹, JAQUELINI GONÇALVES BERTHOLINI¹

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
2. HOSPITAL INFANTIL JOAO PAULO II

Tetralogia de Fallot (TOF) associada a hipoplasia ou agenesia de valva pulmonar (AVP) é uma variante rara da TOF e compreende apenas 3 a 6 de todos os casos de TOF. Os pacientes apresentam insuficiência valvar pulmonar significativa e dilatação aneurismática das artérias pulmonares, além do cavalgamento da aorta, comunicação interventricular e estenose infundibular pulmonar. Os recém-nascidos podem se apresentar com leve sintomas respiratórios ou grave comprometimento respiratório, requerendo manejo clínico intensivo e reparo cirúrgico precoce. Este trabalho reporta sobre o caso de um recém-nascido de 39 semanas gestacionais diagnosticado com TOF/AVP no período pré-natal, sua evolução pós-natal desfavorável e faz uma revisão de literatura do diagnóstico com achados ecocardiográficos e manejo clínico pré-cirúrgico. Para tal, foi realizada uma busca nas bases de dados indexadoras Medline e Scielo, sendo selecionados artigos sem distinção de data ou língua. Foi observado que a maioria das publicações referente ao tema se trata de relatos de casos, dificultando a elucidação das melhores evidências para o manejo clínico pré-cirúrgico, com necessidade de maiores estudos. Porém, é definido que o diagnóstico é facilmente realizado com ecocardiografia devido às características específicas, inclusive no período pré-natal. Esta cardiopatia possui uma grande variedade de apresentação clínica, a depender principalmente do grau de dilatação aneurismática e consequente comprometimento respiratório. As formas mais graves têm maior prevalência e são associadas a altas taxas de morbimortalidade, sendo seu reconhecimento precoce de extrema importância para o prognóstico do paciente.

Palavra Chave: Tetralogy of Fallot, Absent Pulmonary Valve, Pulmonary Valve

C 010 RABDOMIOMA CARDÍACO DIAGNOSTICADO EM UM RECÉM-NASCIDO SEM ASSOCIAÇÃO COM ESCLEROSE TUBEROSA: UM RELATO DE CASO

PAULA GREGO DA GAMA FERREIRA¹, GABRIELA CHULA DE ALCANTARA SOARES¹, AMANDA FREIRE VIEIRA¹, THAISA GOMES MACHADO¹, JOÃO PAULO TOMAZ DA CUNHA SACRAMENTO¹, MAÍRA LACERDA BOMFIM¹, JOSÉ AUGUSTO ALMEIDA BARBOSA¹, PATRÍCIA CRUZ GUIMARÃES PINTO¹

1. HOSPITAL VILA DA SERRA - INSTITUTO MATERNO INFANTIL

Introdução: Rabdomioma é o tumor cardíaco primário mais comum na infância, em 0,02 a 0,08 de nascidos vivos, sendo de 52 a 86 dos casos associados à esclerose tuberosa. Em 90 dos casos são múltiplos e geralmente têm evolução benigna e com regressão espontânea. Descrição do caso: Trata-se de recém-nascido (RN) com diagnóstico intraútero de tumor apical de ventrículo direito, realizou acompanhamento com cardiologista pediátrico com múltiplos ultrassons fetais. Está em investigação com oncologista pediátrico para Esclerose Tuberosa (ET), negativa até

o momento. Ao nascer, foi confirmado rabdomioma cardíaco (RC) solitário (com medidas de 24x14mm). O RN nasceu assintomático, logo o tumor não afetou as vias de saída ou de condução elétrica cardíaca (verificados via eletrocardiograma - ECG, Holtter e Ecografia com doppler). Realizou ao nascer, ainda no berçário, ultrassom (USG) transfontanela, USG de vias urinárias, Holtter e ECG, que evidenciaram apenas hidronefrose bilateral. **Discussão:** Frequentemente, o RC é múltiplo e associa à ET, porém, o caso descrito trata-se de um RC solitário sem associação com esclerose, sendo essa uma apresentação incomum, mas com padrão benigno e RN assintomático. Considerando isso, esse RN poderá manter apenas acompanhamento clínico rigoroso com cardiologista e múltiplas medições da massa através de exames de imagem, a fim de evitar complicações, como as taquiarritmias, que podem resultar em morte súbita ou em intervenção cirúrgica de emergência. **Conclusão:** O rabdomioma cardíaco é um tumor benigno que inicialmente não necessita de procedimento cirúrgico, mas é fundamental um seguimento pós-natal com múltiplas consultas com especialista para seu acompanhamento rigoroso, devido possíveis complicações e associação com a ET. Além disso, mais estudos que esclareçam a apresentação do rabdomioma fora da Esclerose Tuberosa são importantes para orientar melhor abordagem do paciente.

Palavra Chave: Rabdomioma, Tumor Cardíaco Infantil, Rabdomioma Cardíaco

C 011 ANOMALIAS DO ARCO AÓRTICO: ANEL VASCULAR, RELATO DE CASO.

LETÍCIA PEIXOTO LESSA STANLEY¹, FERNANDA ZATTA DORNELLAS CORREA¹, FOLMER QUINTÃO TORRES², MARIA DA GLÓRIA CRUVINEL HORTA², TEREZA LÚCIA DE MELO MASC², RAQUEL RODRIGUES DUTRA¹, NÚBIA CRISTINA DOS SANTOS GONÇALVES¹, ELLEN CAFÉ CABRAL¹, LÍVIA CRISTINE FERREIRA GOMES¹

1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS
2. SANTA CASA BELO HORIZONTE

Introdução: Má formações congênicas do arco aórtico são raras (menos de 1) porém importante causa de obstrução de vias aéreas e esôfago. O duplo arco aórtico e artéria subclávia esquerda (ASE) anômala são os mais comuns. **Descrição do Caso:** Lactente acompanhado pela pneumopediatria devido tosse desde o nascimento, evoluiu com disfagia no período de introdução alimentar. Apresentava ao nascimento sopro cardíaco indicado acompanhamento ambulatorial. Interações prévias devido bronquiolite. Realizou ecocardiograma em junho 2017: forame oval patente, valva pulmonar espessada em grau discreto, arco aórtico à direita sem obstruções. Broncoscopia em julho: abaulamento leve em parede de brônquio pulmonar direito em nível da carina com diminuição discreta do diâmetro. Encaminhado para cardiopediatria, feito ecocardiograma em 08 de agosto: provável duplo arco aórtico e aorta descendente à direita. Angiotomografia de tórax em 16 de agosto: arco aórtico à direita e ASE aberrante, cruzando posteriormente esôfago, indicando anel vascular. Realizou radiografia contrastada do esôfago, estômago e duodeno dia 17, esôfago apresentando compressões em parede lateral direita e esquerda em topografia de transição próximo-medial. Cirurgia cardiovascular dia 22 de agosto observou: arco aórtico à direita, canal arterial pérvio anterior ao trajeto do esôfago e da traqueia, subclávia direita (ASD) aberrante originando-se após a emergência da ASE com trajeto posterior e à direita, corrigido com reimplante da ASD na ASE. Permaneceu dois dias em centro de terapia intensiva. Tentativa de aceitação de alimentos macios em enfermaria com sucesso. **Discussão:** Estruturas mediastinais mantém relação íntima, um vaso de localização anormal pode comprimir estas estruturas causando sintomas como dispnéia, tosse seca, disfagia, vômitos. A nomenclatura "Anel Vascular" refere-se a síndromes compressivas das vias aéreas ou digestivas causadas por malformações do arco aórtico ou artéria pulmonar. O exame inicial é a radiografia de tórax que pode demonstrar alargamento de mediastino, botão aórtico à direita, compressão traqueal ou esofágica. O esofagograma é o principal método diagnóstico. A tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética não contribuem para diagnóstico exceto com objetivo de definir outras formas de compressão extrínseca. **Conclusão:** É de extrema importância a história clínica, sendo diagnóstico diferencial a ser investigado em casos de asma de difícil controle e sintomas de obstrução alta.

Palavra Chave: Anel Vascular, Malformações Vasculares, Saúde da Criança

Agradecimentos: Santa Casa de Belo Horizonte e Hospital Universitário Ciências Médicas

C 012 ARTERITE DE TAKAYASU: RELATO DE CASO.

ELLEN CAFÉ CABRAL¹, LETÍCIA PEIXOTO LESSA STANLEY², FOLMER QUINTÃO TORRES², MARIA DA GLÓRIA CRUVINEL HORTA², TEREZA LÚCIA DE MELO MASC², FERNANDA ZATTA DORNELLAS CORREA², RAQUEL RODRIGUES DUTRA¹, NÚBIA CRISTINA DOS SANTOS GONÇALVES¹, LÍVIA CRISTINE FERREIRA GOMES¹

1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS
2. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

Introdução: Arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite inflamatória de evolução crônica que afeta os grandes vasos, particularmente a aorta e seus ramos principais, resultando na formação de estenose e aneurismas. Raramente reconhecida na infância, afeta predominantemente mulheres, 80-90, com idades entre 10 a 40 anos. A vasculite IgA é a mais comum na infância, seguida pela doença de Kawasaki. **Descrição do caso:** Escolar, feminino, iniciou em junho de 2017 dispnéia e taquicardia, procurou pronto-atendimento, identificaram hipertensão e radiografia de tórax: aumento de área cardíaca. Iniciado captopril, furosemida e oseltamivir (hipótese de miocardite viral). Transferida para Hospital da cidade natal, eletrocardiograma com sinais de sobrecarga de ventrículo esquerdo e ecocardiograma com miocardiopatia dilatada e disfunção sistólica moderada, acrescentados digoxina, carvedilol e espirolactona. Identificada anemia e PCR aumentado, iniciado antibioticoterapia, realizada transfusão de concentrado de hemácias. Encaminhada para cardiopediatria em agosto de 2017 em uso de furosemida, espirolactona, digoxina, anlodipino e cefepime. Apresentava taquicardia, sopro mesossistólico grau II pancardiaco, sopro abdominal, diferença de pressão entre membros superiores e inferiores. Suspenso cefepime e digoxina a admissão e novo Ecocardioplper: hipoplasia da aorta descendente distal, estreitamento na aorta abdominal com hipótese de Arterite de Takayasu. Aciionada Reumatologia para acompanhamento conjunto. Angiotomografia de tórax, abdome e ilíacas em 11/08/17: achados sugestivos de arterite de Takayasu tipo III com envolvimento das artérias renais. Recebeu pulsoterapia com metilprednisolona (1g por 3 dias) em 12/08/17 e ciclofosfamida 750 mg e mesna 150 mg, dose única em 18/08/17. Alta do serviço após pulsoterapia em uso de furosemida, anlodipino, espirolactona, prednisona, omeprazol, carbonato de cálcio e vitamina D. Acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** O diagnóstico precoce requer alto índice de suspeita clínica. Sintomas iniciais são inespecíficos: fadiga mal-estar, dores articulares e febre. Manifestações do acometimento vascular: redução no pulso de uma ou mais artérias, diferença de níveis pressóricos nos membros superiores, sopros cervicais, supraclaviculares, axilares ou abdominais, claudicação de membros e isquemia periférica. A confirmação angiográfica pode ser por radiografia convencional, tomografia computadorizada ou ressonância magnética. **Conclusão:** O diagnóstico precoce das arterites é muito importante. O retardo na terapêutica pode ser grave com grande impacto na qualidade de vida e prognóstico.

Palavra Chave: Arterite de Takayasu, Cardiologia, Reumatologia

Agradecimentos: Santa Casa de Belo Horizonte e Hospital Universitário Ciências Médicas

C 013 DESAFIOS NA SÍNDROME DE BRUGADA

GABRIELLA OLIVEIRA SOUZA¹, AMANDA CECÍLIA RABELO SILVEIRA¹, ÉRICA ABJAUDI CARDOSO¹, FERNANDA DE CATELLA MARCELLO¹, LETÍCIA SCHMITZ NUNES¹, NIARA RODRIGUES TORQUATO¹, LEONARDO FRANCIS PARREIRAS CARNEIRO², PAULO ANGELO NUNES¹, RAPHAEL DAVID PIMENTA DE CARVALHO³

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE
2. UNIVERSIDADE DE ITAÚNA
3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO

Desafios na Síndrome de Brugada

Introdução: A síndrome de Brugada decorre de uma mutação autossômica dominante de penetrância variável, com casos assintomáticos à morte súbita em pacientes menores de 1 ano. No eletrocardiograma (ECG), tem um padrão de bloqueio de ramo direito e supradesnivelamento de ST em V1 a V3. **Objetivo:** Os objetivos do presente artigo são: delimitar os desafios do diagnóstico da Síndrome de Brugada na infância, incitar a investigação dos seus sinais nos pacientes pediátricos e realização do tratamento precoce. **Métodos:** Foi realizada revisão bibliográfica pelas plataformas LILACS, SciELO e PubMed, no mês de abril de 2018, com as palavras chaves: síndrome, Brugada, morte e súbita. O fator de inclusão foram artigos publicados entre 2016 e 2018 nos idiomas inglês, espanhol e português. **Resultados:** O diagnóstico da Síndrome de Brugada requer não somente a presença de alterações específicas no eletrocardiograma, mas também a ocorrência de manifestações clínicas representadas por taquicardias ventriculares recorrentes, síncope e fibrilação ventricular, que resulta em morte súbita. Além disso, fatores como sexo masculino e ocorrência de morte súbita em familiares com menos de 40 anos devem ser considerados como preditivos de eventos futuros. O tratamento dessa síndrome é bastante restrito e tem como primeira linha a implantação de cardioversor-desfibrilador. O uso de antiarrítmicos ainda não é considerado como substituto. **Conclusão** A relevância do tema em questão encontra-se no fato de ser uma causa importante de parada cardíaca repentina e de morte súbita, fatores que poderiam ser evitados com o diagnóstico e implantação do cardioversor-desfibrilador precocemente. No entanto, o diagnóstico da síndrome de Brugada ainda é bastante complexo, pois envolve manifestações bastante severas que, muitas vezes, não são passíveis de reversão. Ainda não é conhecido um método profilático que seja pouco invasivo e efetivo, sendo o cardioversor-desfibrilador implantável a única opção, tanto para prevenção primária quanto secundária. Ademais, necessita-se de estudos mais abrangentes que investiguem com propriedade não só tratamentos, mas, principalmente, o diagnóstico para que a estratificação de risco do paciente seja praticável para uma possível ou não investigação da síndrome, evitando assim um mau prognóstico.

Palavra Chave: Síndrome de Brugada, Morte Súbita, Supradesnivelamento de ST