

## PE-047 - TETRALOGIA DE FALLOT EM LACTENTE: RELATO DE CASO

Brenda Paim<sup>1</sup>, Luana Limas de Souza<sup>1</sup>, Gabriela dos Santos Bittencourt<sup>1</sup>, Mauricio Waltrick dos Santos<sup>1</sup>, Fabiana Sartor<sup>2</sup>, Fabiana Tybusch<sup>2</sup>

1 - UNIPLAC; 2 - Hospital Seara do Bem.

**Introdução:** Este trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma lactente com o quadro de Tetralogia de Fallot (TF), correlacionando os achados da literatura com o caso clínico apresentado. A TF, uma das mais comuns cardiopatias congênitas, é uma combinação de quatro anormalidades cardíacas específicas. Há assim uma alteração cardíaca tanto anatômica quanto funcional, ocasionando deficiência de oxigenação e tornando o indivíduo cianótico. **Descrição do caso:** A paciente foi trazida à emergência com a clínica de tosse, vômitos pós amamentação, febre referida e recusa alimentar, iniciados um dia antes, sendo observado a presença de sopro sistólico Grau 3, não previamente relatado, durante seu exame físico. Interna para realização de exames com as suspeitas de cardiopatia, refluxo e estenose hipertrófica de piloro. Durante a internação confirmou-se a presença de Tetralogia de Fallot após realização de ecocardiograma. Durante sua internação na espera por um leito no hospital referência, inicia com quadro de cianose central ocasional, crises convulsivas e necessidade progressivamente maior de oxigenoterapia para manutenção de saturação adequada. **Discussão:** A maioria dos neonatos com TF são sintomáticos, aqueles que apresentam a forma acianótica da doença podem ser inicialmente assintomáticos e não demonstrarem sinais claros da doença, entretanto, essas crianças com TF inicialmente acianótica podem se tornar gradualmente cianóticas com 1 a 3 anos de idade. **Conclusão:** Observa-se que a paciente em questão provavelmente desenvolveu uma forma da TF inicialmente não cianótica, uma vez que seus sintomas e sinais passaram despercebidos logo após o parto - recebendo alta da maternidade sem intercorrências - bem como não sendo levantada a suspeita em consultas prévias ao internamento. Entretanto, diferente dos quadros mais comuns de TF não cianótica em que a cianose torna-se presente somente após um ano de idade, a paciente passou a apresentar tal clínica com um mês de idade.

## PE-048 - ENDARTERITE FÚNGICA EM PACIENTES COM PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL: UMA SÉRIE DE CASOS

Carina Marangoni<sup>1</sup>, Aline Petracco Petzold<sup>1</sup>, Marina Chaves Amantéa<sup>1</sup>, Nicasio Haruhiko Tanaka<sup>2</sup>, João Batista Petracco<sup>2</sup>, Andrea Mabilde Petracco<sup>2</sup>

1 - PUCRS; 2 - Hospital São Lucas da PUCRS - Porto Alegre, RS.

**Introdução:** Endocardite infecciosa (EI) é a inflamação do endotélio cardíaco por bactérias ou fungos. Atingindo grandes vasos, chama-se endarterite, sendo rara na artéria pulmonar (AP). **Descrição de caso:** Paciente masculino, 3 meses, admitido após parada cardiorrespiratória. Cardiomegalia importante ao Raio-x de tórax. Ecocardiografia revelou derrame pericárdico severo e massa móvel no tronco da AP, restringindo o fluxo sanguíneo. Administrado antibacteriano e antifúngico. Hemocultura evidenciou *Candida albicans*. Apresentou diminuição da massa e melhora do fluxo na AP, evidenciando-se o canal arterial (CA), manteve embolias sépticas pulmonares, e estrutura regrediu até 2,1 cm de comprimento, indicando-se cirurgia. Realizada endarterectomia e fechamento de CA, houve melhora hemodinâmica. Paciente evoluiu com aneurisma micótico da AP e ramos, em acompanhamento. Paciente feminina, 14 anos, histórico de cardiopatia, com quadro febril há 30 dias, dispnéia, prostração e perda ponderal. Diagnosticaram-se broncopneumonias, iniciando antibiótico. Ao exame, aspecto de doença aguda febril, palidez, má perfusão, pulsos em "martelo d'água", sopro cardíaco em maquinária e crepitações pulmonares. Hipótese de EI e iniciado tratamento empírico após hemocultura positiva para *Streptococcus viridans*. Exames evidenciaram leucocitose e PCR elevados. Ecocardiograma revelou vegetação no tronco da AP, originária de ductus patente. Tomografia identificou nova pneumonia, suspeitando-se de embolia séptica. Cintilografia pulmonar confirmou embolias pulmonares. Mesmo com regressão parcial da vegetação, realizou-se cirurgia para ressecção da massa e fechamento do ductus. **Discussão:** Vários fatores podem desenvolver EI, principalmente doença cardíaca estrutural prévia. PCA é um importante fator de risco para EI, principalmente quando é hemodinamicamente relevante, sendo controverso o fechamento de PCA silencioso ou irrelevante hemodinamicamente. EI fúngica, notadamente, tem elevada morbimortalidade, sendo comum intervenção cirúrgica. Devido à alta morbimortalidade, medidas de prevenção à EI são aconselháveis, como correção do defeito cardíaco subjacente e profilaxia antibiótica, reduzindo a probabilidade de bacteremia. A higiene oral, evitando dentes sépticos, é importante na prevenção primordial. Pacientes submetidos ao fechamento de ductus arteriosus bem-sucedido dispensam profilaxia para endocardite bacteriana. **Conclusão:** A PCA favorece EI, evidenciando necessidade de correção precoce do defeito. Ecocardiografia é essencial para diagnóstico correto, sendo profilaxia com adequada saúde bucal e uso de antibióticos as principais condutas para evitar complicações.