

PE-051 - PERICARDITE POR COXSACKIE VÍRUS EM CRIANÇA DE 2 ANOS

Marilian Bastiani Benetti¹, Maria Luiza Mukai Franciosi¹, Marilio Jose Flach², Kaliandra de Almeida², Andressa Zanandrea², Fernando Bastiani Benetti³, Bruna Feltrin Rich⁴

1 - Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS); 2 - Unimed Chapecó; 3 - Universidade Franciscana (UFN); 4 - Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Introdução: As enterovirose são doenças comuns na infância, porém, as complicações associadas a essas infecções são raras. Neste trabalho, busca-se relatar um caso de complicação cardíaca após infecção por coxsackie vírus em criança previamente hígida. **Relato de caso:** Menino de 2 anos e 2 meses, previamente hígido, com histórico de doença mão-pé-boca há 2 meses e presença de arritmia à ausculta cardíaca, após o quadro. Inicia com febre alta, súbita, e no segundo episódio de febre, apresentou convulsão tônico-clônica generalizada. Somado a febre apresentava moteamento cutâneo, queda importante do estado geral, calafrios. Entrada na emergência em pós ictal e iniciado investigação do caso. Laboratoriais normais, encontrado mastoidite bilateral ocasional em exame de imagem, sem clínica. Optado por realizar liquor, também normal. Durante internação evoluiu com inapetência, dor precordial importante, mal estar em posição de decúbito dorsal, com bradiarritmia e palidez quando membros inferiores elevados. Mantinha posição de alívio genopeitoral todo instante. Não conseguia deambular. Persistia com episódios de febre importantes. Novos exames laboratoriais e provas inflamatórias realizadas, mantinham-se normais. Realizadas sorologias que evidenciaram presença de coxsackie vírus. Feito ecocardiograma que demonstrou pericardite com derrame pericárdico leve. Iniciado antiinflamatórios e corticoide com ótima resposta (melhora do derrame pericárdico e ausência de pericardite), melhora clínica e do estado geral. Retirada dos medicamentos nos dias subsequentes, de forma gradual com boa tolerância. Segue assintomático em acompanhamento até o momento. **Discussão:** A doença mão-pé-boca tem como agente etiológico principal o coxsackievírus, que geralmente infecta crianças menores de 7 anos pela via de transmissão fecal-oral. Apesar das manifestações clínicas serem autolimitadas na maioria dos casos, as complicações podem cursar com alterações em sistema nervoso central, edema pulmonar e insuficiência cardíaca devido à miopericardite. Desse modo, conforme o caso relatado, o envolvimento cardíaco durante a infecção por enterovírus ocorre tipicamente na forma de miopericardite, afetando tanto o miocárdio subepicárdico quanto o pericárdio. Clinicamente, os sinais de pericardite podem predominar, com amplo espectro clínico de sinais e sintomas variando de doença subclínica a choque cardiogênico, arritmias e morte súbita. Os coxsackievírus do grupo B são a causa viral mais frequentemente implicada de miocardite em países desenvolvidos. A história pregressa da infecção mão-pé-boca, bem como a clínica apresentada pelo paciente foram importantes para o diagnóstico em questão. **Conclusão:** Nos últimos tempos tem se observado a agressividade do vírus, bem como a virulência apresentada, além do quadro de surtos da doença, o que facilita a busca do agente causador para a patologia descrita.

PE-052 - CARDIOPATIA PÓS SINTOMAS TÍPICOS DOS ATENDIMENTOS PEDIÁTRICOS

Mariana Eidelwein¹, Luisa Kalil¹, Camila Fialho¹, Fernanda Serratte Warlet¹, Lisette Redondo Cotes¹, Milena Bancor Gabe¹

1 - Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Objetivo: Alertar a importância de suspeitar do diagnóstico diferencial de miocardite com a evolução da clínica das doenças virais na pediatria. **Relato de caso:** Paciente com histórico de febre em 26/03, unido a hiperemia em orofaringe. Após dois dias iniciou com fotofobia e hiperacusia, com taquipneia superficial, seguida de perda de consciência, extensão hipertônica de membros superiores, desvio ocular, levando a queda ao chão e sem pós-ictal. Em 29/03 passou a apresentar vômitos borraceos, persistia febril. Chega ao hospital com bradicardia e hipotensão, iniciado drogas vasoativas. Apresenta súbito rebaixamento de sensorio com bloqueio atrio ventricular (BAVT), realizado intubação orotraqueal e manobras de ressuscitação cardiopulmonar. Apresentou melhora progressiva clínica e laboratorialmente, atingindo o estabilidade clínica e hemodinâmica após 48h de atendimento em unidade intensiva. Realizou ressonância magnética cardíaca, com achado de leve a moderada disfunção sistólica do ventrículo esquerdo por hipocinesia difusa, com aumento da espessura parietal e áreas de realce pelo contraste, mais acentuada no mesocárdio da parede ínfero-lateral ao médio-basal e na região subendocárdica do demais segmentos ventriculares. Fração de ejeção de 43%. Em associação identifica-se aumento dos valores miocárdico mensurados nos mapas T1 e T2 e áreas de hipersinal em T2 inferindo edema. Estes achados em conjunto sugerem o diagnóstico de processo inflamatório miocárdico agudo, associado ou não a injúria isquêmica miocárdica por hipoperfusão, conforme história de episódio de PCR. **Discussão:** A suspeita de miocardite baseia-se na associação da apresentação clínica com exames complementares alterados sugestivos de lesão inflamatória miocárdica. Pode manifestar de diferentes formas, desde quadro leve e oligossintomático até quadro grave, associado a arritmias ventriculares, instabilidade hemodinâmica e choque cardiogênico. Pacientes com miocardite podem apresentar distúrbios do sistema de condução, tais como BAV de 2° ou 3° grau ou total. A presença de bloqueio cardíaco ou arritmias ventriculares sintomáticas ou sustentadas em pacientes com cardiomiopatia deve levantar a suspeita de miocardite com causa definida (doença de Lyme, sarcoidose, displasia arritmogênica de ventrículo direito ou Chagas). Subgrupo de pacientes que se apresentam com quadro súbito de insuficiência cardíaca dentro de 2 semanas de quadro viral pode precisar de suporte inotrópico e/ou circulatório mecânico, gerando choque cardiogênico. Em geral, ocorre recuperação da função ventricular quando sobrevivem ao quadro inicial, porém necessitam da terapêutica adequada o mais precoce possível. **Conclusão:** Ainda em investigação clínica para etiologia das alterações descritas, verifica-se condições para diagnóstico de miocardite aguda na criança, provavelmente de origem viral.