

P-009

Biópsia endomiocárdica na miocardite: quando indicar?

Iana Santiago Guimarães,¹ Carolina Monteiro Barbosa,¹ Anderson Monteiro Pereira,¹ Nadja Arraes de Alencar¹

¹Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

Introdução • A miocardite é uma doença inflamatória do cardiomiócito que tem na biópsia endomiocárdica o padrão-ouro para o diagnóstico. A apresentação mais comum é a insuficiência cardíaca aguda e a presença de arritmias. O tratamento é dividido em duas vertentes – combater a causa e tratar os sintomas. Este relato apresenta um caso de miocardite aguda com excelente resposta ao tratamento clínico imunossupressor.

Relato de caso • Paciente K. C. B. S., masculino, previamente hígido, apresentou aos 6 anos quadro característico de insuficiência cardíaca, sem doença viral prévia. Eletrocardiograma de entrada com ritmo sinusal, FC 100 bpm, SÂQRS +120°, sobrecarga de AE e VE. Ecocardiograma transtorácico com dilatação importante das cavidades esquerdas, hipocinesia difusa do VE e fração de ejeção em 11 (método de Simpson). Durante a internação, foram prescritos furosemida, captopril, carvedilol e espirolactona. Apesar da terapia anticongestiva otimizada, o paciente permaneceu com sintomas importantes. Realizada ressonância magnética de coração, que demonstrou realce tardio mesocárdico na parede anterior basal e subendocárdico linear na parede anterior medial e inferior basal compatível com fibrose miocárdica, sugestivos de cardiomiopatia inflamatória. Foi indicada a biópsia endomiocárdica, confirmando a presença de miocardite linfocitária. O paciente foi submetido à pulsoterapia com metilprednisolona e recebeu azatioprina seguido de prednisolona, com recuperação praticamente total da função ventricular após três anos de seguimento. **Conclusão** • Este relato visa a chamar atenção do pediatra geral para a detecção e tratamento da miocardite, com a particularidade de que a imunossupressão teve papel fundamental. O objetivo deve ser a recuperação da função ventricular, diminuindo a morbimortalidade da doença, que é de suma importância, por ser uma das causas mais frequentes de indicação de transplante cardíaco na criança.

Agradecimentos • À Dra. Nadja, por nos ensinar mais do que cardiologia: empatia; e aos colegas de profissão.

P-012

Coarctação da aorta – quase interrupção em adolescente assintomático: a importância do exame clínico

Vitor Paulo Campos,¹ Danieli Carolini Depieri,¹ Renata Labronici F. Rodrigues,¹ Claudia Irene Guerra,¹ Elizabete Vilar Alves,¹ Sonia Benayon,¹ Claudio Roberto Cavalcante Assumpção Lilian Stewart D'Imperio Teixeira,¹ Maria Eulalia Thebit Pfeiffer¹

¹Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro

Introdução • A coarctação da aorta é uma malformação vascular caracterizada por constrição na região do istmo aórtico, entre a subclávia esquerda e o canal arterial, de forma localizada, ou como um segmento hipoplásico. A ocorrência tardia de doença coronariana, rotura aórtica e aneurismas cerebrais tem sido atribuída a alterações patológicas na aorta, carótidas e artérias cerebrais, daí a importância do diagnóstico e tratamento precoces. Os sintomas variam com a forma de apresentação da anomalia e vão desde insuficiência cardíaca grave e choque no paciente neonatal à cefaleia, hipertensão arterial, dor torácica, fadiga e claudicação no adolescente ou adulto. O diagnóstico pode ser suspeito pelo exame clínico e complementado por métodos de imagem. O tratamento, conforme cada caso, é correção cirúrgica ou percutânea. **Descrição**

do caso • M. A. M., 12 anos, masculino, pardo, natural do RJ. Apresentou cefaleia, tonturas, náuseas e vômitos, com melhora espontânea após duas horas, procurou atendimento sendo evidenciada hipertensão arterial e internado para investigação. Ao exame: PA 147 × 93 mmHg, sopro sistólico de +/6+ em região infraclavicular esquerda, pulsos palpáveis em MMSS e impalpáveis em MMII. Ecocardiograma com leve HVE e função preservada. Aorta transversa hipoplásica, com gradiente máximo 30 mmHg e reforço diastólico. IAo leve, dilatação importante pós estreitamento na Ao descendente. Avaliação oftalmológica mostrou retinopatia hipertensiva leve. Angiotomografia aórtica: aorta torácica medindo 23 × 23 mm de diâmetro. Estreitamento importante da aorta torácica após a origem da subclávia esquerda, medindo 3,0 × 4,5 mm de diâmetro. Dilatação pós-coarctação, medindo 28 × 29 mm de diâmetro. Não observadas colaterais. Permaneceu internado em uso de anti-hipertensivos, e encaminhado à correção cirúrgica com sucesso. Região da coarctação justaligamento com importante hipoplasia ístmica e de arco aórtico. Boa evolução no pós-operatório e alta para enfermaria com anti-hipertensivos e posterior seguimento ambulatorial. **Comentários e discussão**

• A relevância clínica desse caso nos chama a atenção para a importância do exame clínico de rotina no paciente. A forma de apresentação da coarctação da Aorta no adolescente ou adulto pode ser quase assintomática e apenas um simples exame clínico de rotina bem-feito, com medida da PA e palpação dos pulsos de forma adequada pode levar ao diagnóstico e à conduta com os cuidados preventivos indicados para o paciente.

P-015

Perfil de pacientes com anomalia de Ebstein atendidos no ambulatório de um centro terciário: análise de 20 casos

Cynthia Moraes Nolasco,¹ Thiago Taucei Panizzi,¹ Victor Hugo Camargo da Silva,¹ Larissa Maria Isaac Maximo,¹ Adriana Oliveira da Silva,¹ Fernanda Maria Correia Ferreira Lemos,¹ Carlos Cesar Assef,¹ Maria de Marilacc Lima Roiseman,¹ Eliane Lucas¹

¹Hospital Federal de Bonsucesso

Objetivo • Analisar os dados dos pacientes portadores de anomalia de Ebstein atendidos no Ambulatório de Cardiologia Pediátrica de um hospital terciário, correlacionar o gênero e comparar a prevalência e as lesões associadas. **Método** • Estudo retrospectivo, observacional, transversal, com dados colhidos de prontuários referentes ao período de 1987 a 2018, de pacientes portadores de anomalia de Ebstein. Os dados foram armazenados e analisados no programa Epi Info versão 3.5.1. **Resultados** • Dos 4.718 pacientes portadores de cardiopatia congênita atendidos no ambulatório, 20 (0,42%) eram portadores de anomalia de Ebstein, sendo 11 (55%) do sexo masculino e 9 (45%) do sexo feminino, 7 (35%) tiveram o diagnóstico ainda na maternidade (antes da alta para casa após o nascimento) e o restante (65%) só foi diagnosticado a partir dos primeiros 15 dias de vida. Treze pacientes (65%) apresentaram alterações eletrocardiográficas, como síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW), bloqueio de ramo direito e flutter atrial. As lesões cardíacas associadas foram identificadas em 65 desses pacientes, semelhante aos relatos na literatura. Foram observados 11 (54%) com comunicação interatrial, 2 (10%) com estenose pulmonar e 7 (35%) com comunicação interventricular. Observamos também que 2 (10%) foram submetidos à cirurgia cardíaca. **Conclusão** • A anomalia de Ebstein é uma rara cardiopatia congênita complexa caracterizada por uma malformação da valva tricúspide e consiste no deslocamento da sua implantação mais apical dos folhetos septal e posterior em relação à junção atrioventricular. Corresponde à quarta cardiopatia cianótica em frequência no período neonatal. A apresentação clínica usual é de cianose, insuficiência cardíaca, arritmia e morte súbita, porém existem alguns casos oligossintomáticos. Os autores salientam a importância de mostrar esta cardiopatia congênita principalmente aos que lidam com recém-nascidos e lactentes, uma vez que a abordagem correta reduz a morbimortalidade. **Agradecimentos** • Aos colegas residentes, aos preceptores e aos pacientes.

P-017

Síndrome de Wolf-Hirschhorn – O que o pediatra precisa saber

Gleyson da Cruz Pinto,¹ Isaías Soares de Paiva¹

¹Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy

Introdução • A síndrome de Wolf-Hirschhorn (WHS) é uma doença genética que ocorre de forma randômica (90% dos casos) durante a espermatogênese ou ovogênese, levando a uma deleção do braço curto do cromossomo 4 ou de genes do *locus* 4p16.3, ou por rearranjos cromossômicos envolvendo o mesmo cromossomo (10% dos casos). É caracterizada por deficiência intelectual, baixa estatura, face típica em “capacete de guerreiro grego” entre outras dismorfias faciais e malformações congênitas múltiplas. A incidência estimada é 1:50.000. **Objetivo** • Relatar um lactente com WHS, com a finalidade de ressaltar o reconhecimento pelos pediatras, evitando perdas e atrasos no diagnóstico. **Descrição do caso** • E. N. Q., 6 meses, masculino. Referido por “síndrome genética a esclarecer”. Filho de pais jovens não consanguíneos. Mãe 28 anos, gesta I, para I. Parto induzido com misoprostol e pré-natal completo. Nega tabagismo, uso de álcool e outras drogas na gestação. Nascimento de parto normal, no termo, sem asfixia, pesou 2,8 kg, mediu 47 cm e perímetro cefálico de 33 cm. Adequado para idade gestacional. Presença de artéria umbilical única. Evoluindo com atraso global do desenvolvimento neuropsicomotor. Exame morfológico: muito baixa estatura, braquicefalia e plagiocéfalia, aspecto facial sugestivo de “capacete de guerreiro grego” fronte ampla e proeminente, sobrancelhas finas e arqueadas, telecanto, proptose de globos oculares, escleras azuladas, coloboma de íris à direita e opacificação da córnea à esquerda, estrabismo, nistagmo, base nasal plana e arqueada, nariz pequeno com dorso nasal curto, pirâmide nasal alongada com narinas antevertidas. Orelhas em abano com crista auricular longa. Microstomia com microretrognatia. Diástase de retos abdominais. Braquidactilia com dedos fusiformes em mãos. Leve linfodema em dorso dos pés. Bolsa escrotal com aspecto em xale. Cariótipo 46, XY (20), Ecocardiograma mostrou CIA, sorologia TORCHS negativos, aCGH (Hg 19): del 4p16.3-p16.1 de 7.425 kb contendo 114 genes. **Discussão e conclusão** • O probando apresenta o fenótipo típico da WHS. Mesmo com o cariótipo normal a clínica foi soberana e o exame de aCGH solicitado posteriormente demonstrou a deleção parcial de genes do *locus* 4p16.3, o que confirmou o diagnóstico.

P-025

Truncus arteriosus: a importância do diagnóstico precoce

Thais Renó Grilo,¹ Tatiana Berg Mourão Teixeira Bergamin,¹ Ana Paula Rodrigues Lazzari Amancio,¹ Carlos Eduardo Moura Goulart,¹ Aline Palma de Alvarez Pereira,¹ Talita de Azevedo Nascimento,¹ Jaluza Cherobini,¹ Letícia Gaudard Azevedo,¹ Janine Bomfim Mendonça,¹ Marianna Beck Lo Presti¹

¹Hospital Estadual Adão Pereira Nunes

Introdução • *Truncus arteriosus* é uma malformação cardíaca com prevalência de 0,04 a 0,09 casos/1.000 nascidos vivos. Caracteriza-se por uma grande artéria única que deixa a base do coração e que origina as circulações sistêmica, pulmonar e coronária. Em geral os pacientes são diagnosticados no período neonatal ou nas primeiras semanas. A clínica depende do fluxo sanguíneo pulmonar e se associado a insuficiência da valva truncal e consiste em dispneia e/ou taquipneia, sudorese, baixo ganho ponderal e discreta cianose. Apresenta-se um caso em que o diagnóstico foi feito no período pós-neonatal. **Descrição do caso** • Lactente, três meses, foi levado à emergência devido cianose após nebulização com broncodilatador. Ao exame evidenciou-se sopro holossistólico (3+/6+) e diagnosticado ao ECO *truncus arteriosus* tipo I com hiperfluxo pulmonar, comunicação interventricular (CIV) perimembranoso amplo, insuficiência cardíaca e sobrecarga de cavidades esquerdas. Permaneceu em ar ambiente e foi medicado com captopril e furosemida, sendo encaminhado para a cirurgia de correção total. No pós-operatório, o lactente evoluiu bem e obteve alta hospitalar 15 dias após a cirurgia. **Discussão** • O *truncus arteriosus* pode ser classificado em quatro tipos dependendo da origem das artérias pulmonares. No tipo I, mais comum, um tronco pulmonar curto dá origem às artérias pulmonar direita e esquerda e a CIV está sempre presente. O diagnóstico é realizado com ecocardiograma fetal ou pós-natal. A história natural é desfavorável se não for realizada a cirurgia, havendo sobrevida de 50% no primeiro mês, 30 nos três meses subsequentes e 18 aos seis meses. O tratamento é cirúrgico e consiste na correção da CIV e restabelecimento da conexão entre o ventrículo direito e as artérias pulmonares e deve ser realizada de preferência nas primeiras semanas de vida devido ao alto risco de desenvolvimento de hipertensão pulmonar irreversível. **Conclusão** • A abordagem precoce no *truncus arteriosus* evita o desenvolvimento de hipertensão arterial pulmonar, havendo um melhor prognóstico. Para isso, é de grande importância a suspeita diagnóstica pelo pediatra através do exame clínico criterioso e teste do coraçãozinho, uma vez que é este quem solicita o parecer do especialista quando o diagnóstico não é feito no período fetal. **Agradecimentos** • Agradecemos à equipe de pediatria do Hospital Adão Pereira Nunes.

P-031

Análise da correção de coarctação de aorta em crianças e adolescentes nos últimos 5 anos

Gabriela Fradão dos Santos,¹ Sthefania Sad Silva Ferreira Rodrigues Fruet,¹ Isabella Braga Tinoco da Silva,¹ Ingrid Nascimento Aleixo de Carvalho,¹ Giulliana Di Cicco Cunha de Oliveira,¹ Loana da Fonseca Tortora,¹ Marta Lourenço Rolla Aloise¹

¹Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy

Introdução • A coarctação da aorta, uma cardiopatia congênita, é considerada uma das malformações cardiovasculares mais habituais. Tem maior prevalência no sexo masculino. A alteração obstrutiva situa-se na união da croça com a aorta descendente podendo envolver, em maior ou menor extensão, o próprio arco aórtico. Uma cardiopatia que, quando não tratada, é capaz de resultar consequências precoces ou tardias. **Objetivos** • Realizar uma análise da correção de coarctação da aorta em crianças e adolescentes nos últimos cinco anos, visando determinar a prevalência nas regiões brasileiras. **Métodos** • Estudo realizado com base nos dados da plataforma DATASUS, no período de janeiro de 2013 a abril de 2018, sendo analisados os determinantes: autorização de internação hospitalar (AIH), internação, valor médio de AIH, óbitos e taxa de mortalidade nas cinco regiões brasileiras em crianças e adolescentes para cirurgia de correção de coarctação da aorta. **Resultados** • Ao analisar a tabela DATASUS, pode-se perceber que foram internadas 94 crianças em todo o país, tendo a Região Sudeste a maior prevalência de casos (49), seguida das regiões Sul (19), Nordeste e Centro-Oeste (12) e Norte (2). Porém os custos médios de AIH não seguem essa sequência. Na região Nordeste o valor médio por AIH é o mais alto entre as cinco regiões, com R\$ 16.162,20. Seguido pelo Sudeste (R\$ 15.732,23), Centro Oeste (R\$ 15.275,04), Sul (R\$ 15.006,14) e Norte (R\$ 14.755,12). Já com relação ao número de óbitos, apenas a região Norte não apresentou casos e as demais apresentaram um caso cada. Ao comparar com o número de procedimentos das regiões a taxa de mortalidade os valores se dão diferentes, sendo as regiões Centro-Oeste e Nordeste com 8,33, Sul com 5,23 e Sudeste com 2,04. **Conclusão** • Um maior número de casos foi encontrado no Sudeste, apresentando pouco mais da metade. O Norte tem o menor número de casos, cerca de dois. Apesar do alto número de casos, o Sudeste não concentra o maior índice de gastos nem a maior taxa de mortalidade, o Nordeste lidera os custos com AIH e Centro-Oeste e Nordeste, a taxa de mortalidade.

P-064

Taquicardia supraventricular como causa de insuficiência cardíaca em lactente: importância do diagnóstico precoce

Ellem Ramos Ferreira Ribeiro,¹ Matheus Oliveira Ribeiro,¹ Claudemir Bragança Rodrigues¹¹Hospital Unimed Campos

Introdução • Diversas patologias podem cursar com taquidispneia em lactentes, seja de origem infecciosa, metabólica, pulmonar ou cardíaca. Quando a taquidispneia vem acompanhada de palidez ou cianose devemos nos atentar para possíveis causas cardíacas. **Descrição do caso** • Lactente de 3 meses, sexo feminino, com história de taquidispneia, palidez, inapetência há 24 horas e cianose perioral após mamada. Sem história de febre ou outros sintomas. Foi atendida na emergência e encaminhada para UTI pediátrica com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva. História gestacional e parto: G1P1, cesárea, PN: 3.940 g, C: 49 cm, alta com 48 horas de vida. HPP: com 16 dias de vida internada na UTI neonatal, com quadro de sepse, convulsão e flutter. Alta utilizando amiodarona e fenobarbital. Testes de triagem neonatal normais e vacinas em dia. Exame físico: taquicárdica (210 bpm), taquidispneia (65 irpm), TSC leve, hipocorada (+3/+4). Aparelho respiratório: estertores crepitantes em HTD, SatO₂: 96. Aparelho cardiovascular: RCR 2T BNF, sem sopros, redução dos pulsos periféricos. Abdome: fígado a 2 cm do RDC. Exames: raio x de tórax – congestão bilateral; hemograma sem evidência de infecção; hemoglobina: 9,5; hematócrito: 28,8; PCR = 8,0 (referência: 6,0); eletrólitos, função renal e hepática e coagulograma normais. Ecocardiograma: diâmetros de VE e AE aumentados, insuficiência mitral moderada, FE: 52. Eletrocardiograma evidenciou taquicardia supraventricular. Feito adenosina 0,1 mg/kg duas vezes sem reversão do quadro. Feito amiodarona 5 mg/kg, com reestabelecimento do ritmo. Iniciado digoxina, carvedilol e furosemida. Alta após cinco dias de internação, com carvedilol, amiodarona e furosemida. Encaminhada para acompanhamento com cardiopediatra. **Discussão** • A taquicardia supraventricular é a taquiarritmia que mais produz comprometimento cardiovascular durante a infância. É um ritmo anormalmente rápido que se origina acima dos ventrículos, comumente causado por um mecanismo de reentrada envolvendo uma via acessória no sistema de condução atrioventricular. Na maioria dos casos não há alterações cardíacas estruturais. É frequentemente diagnosticada em lactentes por causa de sintomas de insuficiência cardíaca congestiva, com sintomas como alimentação inadequada, taquipneia, irritabilidade, sonolência, palidez ou cianose e vômitos. Início ou cessação abrupta, frequência cardíaca em geral 220 bpm em lactentes com variabilidade mínima, ondas P ausentes/anormais/invertidas nas derivações II/III/aVF, intervalo R-R constante e complexo QRS geralmente estreito. **Conclusão** • Diante de um quadro de taquiarritmia, o diagnóstico tardio pode levar a graves quadros de disfunção miocárdica, sendo imprescindível o diagnóstico e tratamento adequados.

P-073

Cardiomiopatia hipertrófica assimétrica septal: forma obstrutiva em lactente

Carla Fernandes Motta,¹ Kleiton Santos Neves,¹ Ana Luiza dos Santos Beiler,¹ Lara Barbosa da Silva,¹ Denis Barros Saraiva,¹ Ingrid Hellen de Resende Andrade,¹ Talita Araujo de Lima,¹ Camila Farias de Souza Cruz,¹ Paula Bueno Pereira,¹ Eliane Lucas²¹Hospital-Escola da Faculdade de Medicina de Valença²Hospital Federal de Bonsucesso

Introdução • A cardiomiopatia hipertrófica é uma doença congênita autossômica dominante, cuja prevalência é estimada em um para cada 500 indivíduos. Caracteriza-se por hipertrofia ventricular esquerda identificada na ausência de dilatação da câmara e de qualquer outra doença capaz de produzir anomalia semelhante. Ocorre devido à obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo, com hipertrofia septal e importante desarranjo das fibras musculares ventriculares. A obstrução crônica pode levar à disfunção diastólica e arritmias. Embora detectável na avaliação de rotina, requer investigação detalhada, por métodos de imagem, de modo a favorecer o diagnóstico e o manejo da doença. **Relato de caso** • Lactente, 10 meses, deu entrada no PSI com quadro de bronquiolite e ao exame foi auscultado sopro sistodiastólico (+3/+6), em BEEA com irradiação para dorso. Foi realizado ecocardiograma que evidenciou hipertrofia septal assimétrica (SIV = 1,2, PPVE = 0,7) com obstrução da via de saída do VE (gradiente de 61 mmHg). Foi iniciado Propranolol 1,5 mg/kg/dia e mantido acompanhamento ambulatorial a cada dois meses, além de solicitação de rastreio nos pais. Mãe portadora de cardiopatia congênita corrigida, mas pai sem investigação. Nega história familiar de cardiomiopatia hipertrófica. Após quatro meses do uso do propranolol lactente apresentou uma síncope e nova internação para investigação de arritmia. Eletrocardiograma demonstrou ritmo sinusal e ecocardiograma revelou diminuição do gradiente na via de saída de VE (gradiente 30 mmHg) e septo (SIV) de 1,2. **Discussão** • A cardiomiopatia hipertrófica manifesta-se principalmente na adolescência e no adulto jovem, mas pode ocorrer na primeira infância. A suspeita de cardiopatia ocorreu pela ausculta do sopro com características patológicas e história de cardiopatia materna, pois a lactente era assintomática do ponto de vista hemodinâmico. Nos casos sintomáticos ou obstrutivos pode-se utilizar betabloqueador, pois diminui a frequência cardíaca e o gradiente de obstrução, melhorando o enchimento ventricular. Miectomia só está indicada nos casos obstrutivos, sintomáticos e refratários ao tratamento clínico. A paciente apresentou boa resposta ao betabloqueador, com diminuição do gradiente de obstrução da VSVE mantendo-se assintomática. **Conclusão** • As cardiopatias congênitas manifestam-se por arritmia, ICC, baixo débito sistêmico, cianose e sopro. A ausculta de sopro cardíaco patológico deve ser investigada com ecocardiograma apesar do paciente assintomático.

P-088

Educação continuada sobre tromboembolismo venoso pediátrico para estudantes de medicina: um relato de experiência do grupo “Clube do Trombo”

Luiza Rodrigues Alves,¹ Maurício Petrolí,¹ Clara Madureira Siqueira Rodrigues,¹ Taynara Martins Montalvão,¹ Leonardo Rodrigues Campos,¹ Flávio Roberto Sztajnbock,¹ Elaine Sobral da Costa,¹ Marcelo Gerardin Poirot Land¹

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro

Introdução • O tromboembolismo venoso é uma entidade clínica rara em pediatria, entretanto sua incidência vem aumentando ao longo das últimas décadas. Justifica-se, assim, a criação de estratégias de educação continuada junto a grupos de pesquisa e equipes de saúde, visando à conscientização e capacitação a respeito do tema. Por esse motivo, foi criado o Clube do Trombo, um grupo de discussão formado por estudantes de medicina e liderado por médicos-pediatras vinculado ao estudo Tromboped, desenvolvido num hospital universitário pediátrico no Rio de Janeiro. **Objetivo** • Conscientizar e ampliar o conhecimento de estudantes de medicina a respeito do tromboembolismo venoso pediátrico, capacitando-os para abordarem o tema na prática clínica e no contexto da pesquisa científica. **Metodologia** • Foram organizadas reuniões quinzenais em que um grupo de estudantes de medicina de períodos distintos se reunia para discutir temas relacionados à fisiopatologia, manifestações clínicas e abordagem terapêutica de fenômenos tromboembólicos em pacientes pediátricos. O material que embasava as discussões era sugerido pelos médicos que coordenavam o grupo, e consistia em literatura científica atualizada e casos clínicos retirados do estudo Tromboped. **Resultados** • Foram discutidos diversos temas, incluindo estratificação de risco intra-hospitalar para tromboembolismo venoso, anticoagulação profilática e tratamento de trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar e manejo de acidente vascular encefálico isquêmico na população pediátrica. Os estudantes que participaram do grupo de discussão sentiram ter adquirido uma gama de conhecimentos a respeito desse tema, que é pouco discutido quando se trata da população pediátrica, além de terem a oportunidade de aprimorar a análise crítica de literatura científica. **Conclusão** • Tromboembolismo venoso pediátrico é um tema de extrema relevância, tendo em vista sua alta morbimortalidade e o aumento considerável de incidência nas últimas décadas. Nesse contexto, torna-se essencial ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre esta entidade clínica. A experiência do Clube do Trombo foi excelente, na medida em que os estudantes de medicina que participaram do grupo de discussão aplicarão os conhecimentos adquiridos em sua prática clínica e nos espaços de pesquisa que participarem, estando atentos para estratificação de risco e manifestações clínicas, além de estarem mais capacitados quanto ao manejo de fenômenos tromboembólicos em pacientes pediátricos.

P-099

Estudo da influência da cardiopatia congênita no crescimento e desenvolvimento de pacientes com síndrome de Down acompanhados em ambulatório interdisciplinar

Anna Paula Baumblatt,¹ Ana Tereza Antunes Monteiro de Souza,¹ Simone Augusta Ribas,¹ Edneusa Oliveira Flor,¹ Andreia Nishiyamamoto de Oliveira,¹ Debora Flores Vieira Baganha,¹ Gabriela Yea-Huey Yang,¹ Ana Clara Garcia dos Reis,¹ Eduarda da Rocha Infran de Oliveira,¹ Raquel Boy¹

¹Hospital Universitário Pedro Ernesto

Objetivo • Análise preliminar da presença da cardiopatia congênita como fator de impacto negativo sobre crescimento e desenvolvimento de pacientes com síndrome de Down (SD). **Método** • Estudo descritivo, retrospectivo realizado através da análise de prontuários de 45 pacientes, de 0 a 3 anos, em atendimento num ambulatório interdisciplinar de SD, em um hospital universitário, que foram classificados nutricionalmente através do índice de peso/idade de acordo com a curva de crescimento específica para SD desenvolvida por Bertapelli em 2017. **Resultados** • Dos 45 pacientes estudados, 23 (51%) eram do sexo feminino e 22 (48,8%) do masculino, 24 (53,3%) apresentavam cardiopatia congênita. Em nosso estudo, a prevalência de cardiopatia foi maior em meninas 15 (62,5%) que em meninos 9 (37,5%). Comparando a classificação nutricional em relação à presença ou não de cardiopatia, encontramos os seguintes resultados: dos pacientes sem cardiopatia, 21 (46,6%), 12 (57,1%) eram eutróficos, 2 (9,5%) estavam abaixo do peso e 7 (33,3%) acima do peso. Em relação aos pacientes com cardiopatia, 24 (53,3%), 14 (58,3%) eram eutróficos, 5 (20,8%) estavam abaixo do peso, sendo identificados 4 (16,6%) sob risco nutricional e 5 (20,8%) acima do peso. Dezoito pacientes com cardiopatia (75%) foram avaliados pela fisioterapia: 8 (44,4%) possuíam atraso de desenvolvimento grave, 7 (38,8%) moderado e 3 (16,6%) leve. Quatro pacientes com cardiopatia (16,6%) foram submetidos a correção cirúrgica, 20 (83,3%) encontravam-se em acompanhamento clínico pela cardiologia pediátrica e, destes, 13 (65%) foram liberados para estimulação motora precoce. **Conclusão e discussão** • A cardiopatia congênita é a comorbidade mais frequente (53,3% dos casos em nossa amostra) e a mais temida por médicos e familiares de crianças com SD. Em nosso estudo encontramos 20,8 das crianças com cardiopatia abaixo do peso ideal, sendo 16,6 destes classificados como de risco nutricional. A presença da cardiopatia interfere no crescimento e ganho ponderal dessas crianças, o que reafirma a necessidade de acompanhamento nutricional desde o nascimento. Quatro (16,6%) já foram submetidos a correção cirúrgica enquanto 20 (83,3%) encontram-se em acompanhamento clínico. A cardiopatia não constitui, isoladamente, fator impeditivo para o início das terapias de estimulação essencial precoce com fisioterapia motora. **Agradecimentos** • À equipe do AMBDOWN-Hupe-Uerj.

P-142

Análise do número de casos por doença reumática crônica do coração em crianças e adolescentes de 5 a 19 anos, nas diferentes regiões do país, nos últimos 5 anos

Tainá Aguiar da Costa,¹ Sthefania Sad Silva Ferreira Rodrigues Fruet,¹ Loana da Fonseca Tortora,¹ Bernardo Cardoso Hannas,¹ Isabella Braga Tinoco da Silva,¹ Taiane Mendonça Camargo,¹ Gabriela Fradão Dos Santos¹

¹Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy

Introdução • A febre reumática (FR) e a cardiopatia reumática crônica (CRC) são complicações não supurativas da faringoamigdalite causada pelo estreptococos beta-hemolíticos do grupo A em populações geneticamente predispostas, principalmente entre 5 e 15 anos de idade. Pode acometer diferentes tecidos e seu diagnóstico ainda representa um desafio devido ao polimorfismo do seu quadro clínico e à falta de exames laboratoriais específicos. Muitos estudos têm demonstrado associação entre as más condições socioeconômicas e a determinação do risco de FR, sendo hoje a doença restrita a países em desenvolvimento como o Brasil. **Objetivos** • Análise de dados, comparando o número de casos por CRC em crianças entre 5 e 19 anos. **Método** • Estudo realizado com base nos dados do Datasus, no período entre abril de 2013 e abril 2018. **Resultados** • No período analisado, o número total de crianças internadas por CRC foi de 2.257, gerando um custo para o país de R\$ 10.712.368,12 devido a uma média de 11,5 dias de hospitalização. O desfecho em 68 casos foi o óbito. A região Nordeste foi a que mais contribuiu para o elevado número de internações, apresentando 996 casos e sendo a responsável por quase metade dos gastos totais do país nessas internações (R\$ 4.546.279,05). A região Sudeste apresentou o segundo maior número de casos (606), seguida das regiões Centro-Oeste (330), Norte (177) e Sul (148). O Norte apresentou maior período de internação com média em torno de 13,4 dias, contraposta ao Centro-Oeste, em que as crianças permaneciam em torno de 8,1 dias em regime hospitalar. Em relação ao número de óbitos, em primeiro lugar está a Nordeste, com 23 óbitos em decorrência da doença e com menor número de óbitos, a Sul, com apenas seis. **Conclusão** • Analisar as estatísticas da doença é importante para a compreensão do quadro no Brasil, permitindo atuar pontualmente nas regiões com índices mais preocupantes. Assim é possível analisar a real necessidade dos pacientes, buscando melhorar assistência, prevenção e promoção da saúde.

P-199

Endocardite infecciosa possível em neonato sem cardiopatia estrutural

Michele Monteiro da Rocha,¹ Carla Fernandes Motta,¹ Kleiton Santos Neves,¹ Lucrecia Laurenço Coutinho¹

¹Hospital-Escola da Faculdade de Medicina de Valença

Introdução • A endocardite infecciosa (EI) é rara na infância, geralmente associada a cardiopatias estruturais ou uso de cateteres venosos centrais. O diagnóstico no período neonatal é pouco frequente, sendo a incidência estimada de 0,07 em recém nascidos (RN) internados em UTI. Estima-se que cerca de oito a dez dos casos de EI diagnosticada na população pediátrica ocorra no período neonatal. Diagnóstico clínico pelos critérios de Dukes. **Descrição do caso** • RN nascido de parto cesárea, a termo, Apgar 8/9, mãe com pré-natal incompleto e história de vulvovaginite em atividade, evoluiu com síndrome do desconforto respiratório e sepse suspeita precoce, tendo sido transferido para a UTI e iniciado ampicilina e gentamicina. No quarto dia de internação, foi trocado o esquema antibiótico por oxacilina e amicacina após RN apresentar piora clínica. No oitavo dia de internação, foi trocado novamente o esquema antibiótico para cefepime e vancomicina, após resultado de hemocultura (colhida no quarto dia de internação, em vigência de antibioticoterapia) positivo para *Staphylococcus saprophyticus* (coagulase negativo) resistente à oxacilina. Após seis dias do novo esquema antibiótico, dada a manutenção da taquipneia, foi solicitado ecocardiograma que evidenciou vegetação em folheto posterior de valva tricúspide, sendo orientada a manutenção da antibioticoterapia por quatro semanas, frente ao diagnóstico de endocardite possível pelos critérios de Duke. **Discussão** • No RN os sinais e sintomas de endocardite infecciosa são variáveis e inespecíficos. Os agentes mais envolvidos são estreptococos do tipo *viridans* (alfa-hemolíticos) e o *Staphylococcus aureus*. Os estafilococos coagulase-negativos são comuns na presença de cateter venoso central permanente. A hemocultura pode ser negativa para quaisquer agentes em aproximadamente seis dos casos. A EI usualmente está relacionada com a presença de história de cardiopatia estrutural e/ou uso de cateter venoso profundo. O RN em discussão foi classificado como EI possível após ecocardiograma evidenciando vegetação e hemocultura positiva, tendo como fator de risco múltiplas punções periféricas. **Conclusão** • Sendo a EI associada a elevada morbimortalidade, é imprescindível sempre manter um alto grau de suspeição dessa patologia. Buscar um diagnóstico preciso, instituir tratamento rápido e reconhecer as complicações são passos essenciais para alcançar os melhores desfechos.