



36º CONGRESSO BRASILEIRO DE
PEDIATRIA
O olhar que prepara para o Futuro



Trabalhos Científicos

Título: Situs Inversus Totalis - Relato De Caso

Autores: DEBORA DIUFRAYER (INTERNA DE PEDIATRIA DO HOSPITAL MUNICIPAL JESUS); ADRIANA JESUS (STAFF DO HOSPITAL MUNICIPAL JESUS); ARIANE SOUZA (STAFF DO HOSPITAL MUNICIPAL JESUS); JULIANA MELO (INTERNA DE PEDIATRIA DO HOSPITAL MUNICIPAL JESUS); LORENA GOULART (INTERNA DE PEDIATRIA DO HOSPITAL MUNICIPAL JESUS); MARINA SANTOS (INTERNA DE PEDIATRIA DO HOSPITAL MUNICIPAL JESUS); RENATA ARAUJO (INTERNA DE PEDIATRIA DO HOSPITAL MUNICIPAL JESUS); SOLANGE MACEDO (STAFF DO HOSPITAL MUNICIPAL JESUS)

Resumo: Introdução: Situs inversus totalis (SIT) consiste na inversão da localização esperada dos órgãos abdominais e torácicos. A prevalência é de 1/10000 indivíduos¹. Geralmente está associada a Discinesia Ciliar Primária (DCP) (doença autossômica recessiva com alteração da estrutura e/ou movimentação ciliar do epitélio respiratório)² e Síndrome de Kartagener (bronquiectasia, SIT e sinusopatia crônica)³. Caso: M.V.A.C., 2 meses, feminino, branca, natural do RJ. Nascida de parto cesáreo, a termo, apgar 8/9 e quadro de sepse e taquipnéia transitória neonatal (TTN) ficando internada por 10 dias. Evoluiu com taquipnéia e tosse sendo reinternada aos 2 meses por desconforto respiratório. Apresentava-se hidratada, eutrófica, corada, acianótica, taquidispneica. FC=96bpm; FR=62irpm; SatO₂=95%; Tax=36,5°C e fontanelas normotensas. AR: tiragem subcostal, MVA com tempo expiratório prolongado e estertores crepitantes. ACV: RCR 2T, BNF, sem sopro e ictus entre 4º e 5º EICE na LPEE. Abdômen: maciez a percussão em hipocôndrio esquerdo e fígado palpável a 4/5 cm do RCE. Foram solicitados: USG abdominal: SIT, poliesplenia com ecotextura normal; RX de tórax: infiltrado no hemitórax direito e mediastino desviado para a direita; Broncoscopia: processo inflamatório difuso inespecífico de grau moderado e inversão da anatomia das árvores brônquicas; ECO: SIT, concordância AV e VA, FOP, valvas normais e canal arterial fechado. Discussão: Os lactentes com dispnéia constituem desafio diagnóstico, principalmente quando associado ao SIT. Devido a faixa etária, ainda não descartamos DCP e Síndrome de Kartagener, pois falta bronquiectasia e confirmação da suspeita de DCP, que requer exames específicos (teste da sacarina e biópsia de mucosa). A suspeita de DCP se mantém devido a sepse, TTN e a persistência de sibilância resistente aos medicamentos usados. Conclusão: O trabalho chama atenção para o diagnóstico precoce do SIT, que permite melhor acompanhamento e prevenção das seqüelas provenientes de DCP e das bronquiectasias que podem evoluir nessa criança.