



## Trabalhos Científicos

**Título:** Cardiomiopatia Dilatada Neonatal: Um Relato De Caso

**Autores:** RÚBRIA LIZIERO PICOLI (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA); VICTOR DE AMORIM CAMPOS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA); TATIANE MARTINS BARCELOS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA); VANESSA COELHO AGUIAR (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA); ELIS PEREIRA RÊGO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA); BRUNA MATHIAS SILVA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA); DIANE LUCIO VASCONCELOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA); LUIZ CLÁUDIO GONÇALVES DE CASTRO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA); MARIA DO CARMO SORCI DIAS SCHER (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA); LUCIANO FRANTZ FERREIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA); MÁRCIA PIMENTEL DE CASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA); LUCIANE LOBATO BRAGA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA)

**Resumo:** INTRODUÇÃO: A cardiomiopatia dilatada (CDM) é caracterizada pela dilatação e disfunção sistólica de ventrículo esquerdo (VE) ou de ambos, podendo haver hipertrofia de cardiomiócitos. Manifesta-se com Insuficiência Cardíaca (IC), frequentemente progressiva. Comum em pediatria no primeiro ano de vida, inclusive período neonatal. Principal forma é a idiopática, com alta morbimortalidade prematura. DESCRIÇÃO DO CASO: LHSC, masculino, nascido de parto vaginal, termo. Mãe, 18 anos, pré-natal com 8 consultas, infecção urinária no 3º trimestre tratada e VDRL não reagente. Apgar 4/4. Realizadas manobras de reanimação com oxigênio suplementar. Transferido à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) devido desconforto respiratório. Apresentava hepatoesplenomegalia, ascite, anasarca, circulação colateral abdominal e regular perfusão periférica. Evoluiu com IC descompensada, insuficiência hepática e renal. Intubado e com necessidade de droga vasoativa pela instabilidade hemodinâmica. Ecocardiograma com insuficiência tricúspide moderada, insuficiência mitral discreta, ventrículo direito (VD) e VE hipertróficos sendo o VE com dilatação importante, disfunção sistólica biventricular e fração de ejeção (FE) 38%. Teste do pezinho evidenciou toxoplasmose congênita. Cultura de líquido negativa. Iniciado tratamento tríplice. Alta hospitalar assintomático devido melhora progressiva. Ambulatorialmente confirmada CMD em ressonância magnética (RM). DISCUSSÃO: Incidência estimada da CMD é de 0,34 a 3,8:100.000 crianças/ano. Causa principal é idiopática, sendo a forma hereditária familiar de herança autossômica dominante mais comum. IC é a principal apresentação da CMD e em neonatologia o diagnóstico é clínico, pela incapacidade do coração suprir as demandas teciduais. Radiografia de tórax, eletrocardiograma, ecocardiograma, holter e RM do coração contribuem para diagnóstico, estadiamento funcional e programação do tratamento conforme sintomatologia. São utilizados drogas para manejo de IC, marcapasso e até transplante cardíaco quando indicado. FE e capacidade funcional baixos são preditores para óbito ou transplante em pediatria. CONCLUSÃO: Conforme literatura, o paciente descrito pode ser acometido por CMD idiopática, ainda assim, miocardite por toxoplasmose congênita não pode ser descartada.