39º Congresso Brasileiro de Pediatria
DE 09 A 12 DE OUTUBRO - PORTO ALEGRE/RS
Vamos construir o pediatra do futuro

Trabalhos Científicos

Título: Hiperatividade Simpática Paroxística (Hsp): Diagnóstico Pouco Conhecido Em Unidade De Terapia Intensiva Pediátrica (Utip) - Série De Casos

Autores: CECÍLIA ROTAVA BURATTI (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)), GABRIEL TESCHE ROMAN (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)), VERÔNICA INDICATTI FIAMENGHI (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)), IAN TEIXEIRA E SOUZA (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)), LUCINARA VALENCY ENEAS (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA) E HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO (HPS)), BRUNA PINHEIRO MACHADO (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)), TAIS SICA DA ROCHA (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)), PAULO ROBERTO ANTONACCI CARVALHO (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)), JEFFERSON PEDRO PIVA (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)), CINARA ANDREOLIO (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE)

Resumo: Introdução: A fisiopatologia da hiperatividade simpática paroxística (HSP) é incerta. Sua ocorrência se relaciona a lesão cerebral grave adquirida de múltiplas causas, sendo mais prevalente nos casos de traumatismo crânio encefálico e encefalopatia hipóxica. Caracteriza-se por sinais e sintomas de descarga simpática, como hipertensão, taquicardia, taquipneia, febre, sudorese e postura distônica. Seu tratamento se baseia em evitar estímulos desencadeadores dos episódios e no uso de fármacos, principalmente morfina, clonidina e propranolol. Descrição dos casos: Descrevemos 7 casos de pacientes em uma UTIP com diagnóstico provável de HSP, cujas idades variaram entre 9 e 177 meses. A etiologia foi TCE em 1 paciente, encefalopatia hipóxica em 5 (4 pneumopatas crônicos e 1 acidente vascular cerebral) e encefalite autoimune em 1. Ao diagnóstico, 6 pacientes apresentavam hipertensão, 5 taquicardia, 4 sudorese, 3 febre e 1 taquipneia. Todos apresentavam distonias/agitação já refratários a múltiplas drogas sedativas: 6 faziam uso de benzodiazepínicos, 6 de clonidina, 4 de opióides, 2 de cetamina e 6 de antipsicóticos. Optou-se pela associação de propranolol (dose inicial de 0,5 a 1mg/kg/dia) a todos esses pacientes, sendo observada melhora em 72hs da agitação psicomotora e/ou distonia em 4 pacientes, da sudorese em 3 e da hipertensão em 4. Discussão: A HPS foi primariamente identificada em pacientes com TCE. Entretanto, pacientes com insulto hipóxico grave de outras causas podem apresentar a síndrome como pode ser visto em nossa casuística. Observamos resposta clínica breve (72hs) em relação a agitação/distonia, sudorese e hipertensão. Não houve melhora da taquicardia na maioria dos pacientes, o que pode ser devido a subdose do propranolol. Conclusão: A HSP é uma complicação que pode aumentar a morbimortalidade de pacientes neurológicos graves, de modo que deve haver reconhecimento precoce e tratamento adequado desta entidade ainda pouco conhecida.