

## Trabalhos Científicos

**Título:** Miocardite Viral Aguda Por Coinfecção Por Bocavírus Humano E Rínovírus: Relato De Caso

**Autores:** PRISCILLA AGUIAR DE ARAUJO (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), LILIAN SANTIAGO VILELA (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), ISIS FIGUEIREDO DE OLIVEIRA ALVES (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), CHRISTINE TAMAR VIEIRA BARREIRO (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), GUSTAVO DE BRITO PAULON SILVA (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), ANNA PAULA GAMA MENDES BASTOS CALDAS BRUTT (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), FERNANDA TEIXEIRA DE PAIVA VIEGAS (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), NATHASSIA SOUZA DE SÁ (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), LARISSA COSTA PEREIRA PESSIN (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), AUREA LÚCIA ALVES DE AZEVEDO GRIPPA DE SOUZA (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI)

**Resumo:** Introdução: Miocardite Viral Aguda (MVA), possível complicaçāo tardia de algumas infecções virais, apresenta potencial impacto na saúde e contempla uma variedade de sintomas. Relatamos uma rara associação de MVA com coinfeccāo por bocavírus humano (HBoV) e rínovírus. Relato: Menina, 3 anos, histórico de broncoespasmo, é levada a emergência com relato de tosse e febre. Apresentava taquidispneia, dessaturação e sibilância, necessitando de internação. Coletado painel viral que detectou rínovírus e HBoV. Quatro dias após, com resolução completa do quadro, recebe alta. Vinte e três dias após alta, é admitida com história de tosse seca, febre, vômitos e dispneia sem resposta a broncodilatador inalatório há 24 horas. Apresentava-se hipocorada, hipohidratada, taquicárdica, taquidispneica e com hipoxemia. Demais sistemas normais. Laboratório evidenciou leucocitose e PCR elevado (6,65). Por preencher critérios de sepse, recebe antibiótico parenteral. Apesar de oxigenoterapia via cateter nasal, manteve dispneia e queda de saturação, necessitando de ventilação não invasiva (CPAP) após 2 dias. Instabilidade clínica, manutenção da taquidispneia e taquicardia associados a infecção viral prévia, levaram a suspeita de MVA. Na investigação, detectou-se regurgitação tricúspide leve-moderada no ecocardiograma, troponina T (26,8) e pró-BNP (912,1) elevados e RM cardíaca com edema e derrame pericárdico. Com MVA confirmada, iniciou-se Carvedilol, evoluindo com estabilidade clínica e redução dos marcadores cardíacos. Discussão: Rínovírus e HBoV são vírus envolvidos, principalmente, em infecções respiratórias. No entanto, não há relatos na literatura da associação desses vírus com miocardite. Sintomas como dispneia, síncope, palpação, dor torácica e história de infecção viral prévia, tornam imperativo investigação de MVA. Elevação de marcadores cardíacos laboratoriais e/ou alterações no eletrocardiograma e/ou ecocardiograma, bem como, a RM cardíaca, cada vez mais utilizada, e a biópsia cardíaca (invasivo e baixa sensibilidade) diagnosticam a MVA. Conclusão: É importante o médico conhecer a doença e identificar os pacientes que apresentem clínica sugestiva. A rápida identificação e tratamento da doença é essencial para evitar complicações, como insuficiência cardíaca, arritmia e óbito.