



22 A 26
DE OUTUBRO
DE 2024
FLORIANÓPOLIS - SC



Trabalhos Científicos

Título: Truncus Arteriosus Em Recém-Nascido: Relato De Caso.

Autores: SANDHARA RIBEIRO RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI), PAMELA CARLA PEREIRA DE ASSIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI), BRUNO FARIAS OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI), LIA MONTEIRO SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI), VIRNA ANDRADE ALENCAR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI), AMÍCIA PEIXOTO FRAZÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI), LARA MENEZES DE SOUZA TEIXEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI), JULIETTE MARIA DANTAS EUFRASIO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI), DIEGO FURTADO ROLIM LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI), DENISE ARAUJO SOUSA DE MACEDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI), WLADIA GISLAYNNE DE SOUSA TAVARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI), KELSILENE FARIAS DE LUCENA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI), AMANDA DE BRITO ARRAES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI), ANA LUIZA FERNANDES VIEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI), DANIELA CARNEIRO MATOS (HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO)

Resumo: O Truncus Arteriosus (TA) é uma cardiopatia congênita (CC) cianogênica rara, representa a 1-3% dos casos de CC. Caracteriza-se pela não diferenciação dos vasos da base com consequente persistência do tronco arterial comum, 'o truncus', responsável pela circulação sistêmica, pulmonar e coronariana. O TA Tipo I, classificação de Collet e Edwards (1949), corresponde a 60% dos casos e caracteriza-se pela hipogenesia da artéria pulmonar principal, que emerge à esquerda do truncus e se bifurca nas pulmonares direita e esquerda. Devido a menor resistência vascular pulmonar, um maior volume de sangue é desviado para os pulmões, esse hiperfluxo pulmonar faz com que alguns pacientes sejam acianóticos no início do quadro. O TA pode cursar com taquipneia, sudorese excessiva, baixo ganho ponderal, pressão arterial hiperdinâmica, hipertensão pulmonar, cardiomegalia e hepatomegalia. Os sintomas do TA pioram progressivamente nos primeiros dias de vida. Assim, o diagnóstico tardio e a falta de assistência clínica e cirúrgica podem levar à morte precoce desses pacientes. Recém-nascido (RN) de parto cesáreo, a termo, feminino, APGAR de 5/7 no 1º e 5º minutos, admitido na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal por desconforto respiratório precoce, sendo colocado em cateter nasal de baixo fluxo, sem melhora da saturação. Com relação à história pré-natal, genitora não realizou ecocardiograma fetal e tem passado de 3 abortos prévios. Ao exame físico: RN em regular estado geral, acrocianótico, hipoativo, taquidispneico com tiragem subcostal, saturação de oxigênio 90% em uso de cateter de O₂, e com sopro sistólico 3+/6+, pancardíaco, sem irradiação e sem frêmito, bulhas cardíacas normofonéticas, ictus cordis não propulsivo, pulsos cheios e simétricos. Tórax sem abaulamentos ou depressões. Radiografia de tórax evidenciou aumento de área cardíaca e infiltrado pulmonar difuso. Ecocardiograma: truncus arteriosus tipo I (Collet e Edwards), comunicação interatrial ostium secundum do tipo fossa oval pequena. No internamento, evoluiu com piora do desconforto respiratório aos mínimos esforços, iniciado tratamento para hiperfluxo pulmonar com furosemida 2 mg/kg/dia, espironolactona 1 mg/kg/dia e captopril 1 mg/kg/dia, com melhora parcial dos sintomas. Transferida para hospital terciário de referência em cardiologia pediátrica a fim de realizar o tratamento cirúrgico. Este relato reforça a importância da realização de exame de triagem pré-natal, como o ecocardiograma fetal, triagem cardiológica neonatal com oximetria de pulso (teste do coraçãozinho), e percepção de sinais sutis de CC que podem ocorrer nos primeiros dias de vida. Essas medidas levam ao diagnóstico e intervenção precoce, viabilizando o planejamento do parto em local com suporte cardiológico além do tratamento em tempo oportuno, que resultam em melhora significativa do prognóstico desses pacientes.