



Revista Portuguesa de
Cardiologia
Portuguese Journal of **Cardiology**
www.revportcardiol.org



CASO CLÍNICO

Deveremos avaliar a pressão arterial no recém-nascido?

Inês Alves*, Tânia Martins, Ana Luísa Neves, Esmeralda Rodrigues, Ana Teixeira, Caldas Afonso, Helena Pinto

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Recebido a 16 de dezembro de 2016; aceite a 19 de março de 2017

PALAVRAS-CHAVE

Pediatria;
Pressão arterial;
Miocardiopatia dilatada;
Estenose artéria renal

Resumo A miocardiopatia dilatada é a forma mais comum de miocardiopatia e a principal causa de transplante cardíaco em idade pediátrica e em adultos. Os lactentes e as crianças apresentam etiologias de espectro mais alargado, embora a sua identificação seja mais difícil. A manifestação inicial mais frequente da miocardiopatia dilatada é a insuficiência cardíaca sintomática, em esforço ou repouso (embora muitos pacientes sejam assintomáticos). Como algumas das causas da miocardiopatia dilatada são potencialmente reversíveis, a investigação deve ser cuidadosamente planeada e feita imediatamente após o diagnóstico. Na maioria das crianças não é identificada uma causa, o que limita a abordagem terapêutica dirigida e, portanto, a eficácia do tratamento implantado.

Os autores apresentam um caso de miocardiopatia dilatada secundária a hipertensão arterial renovascular, diagnosticada numa lactente de 3,5 meses, e destacam a investigação etiológica, o tratamento instituído e a sua evolução.

Os autores salientam que o diagnóstico de hipertensão arterial no lactente nem sempre é fácil e questionam as atuais recomendações para início da medição da pressão arterial. Postulamos que a avaliação da pressão arterial em recém-nascidos pode detetar hipertensão arterial renovascular precoce (e mesmo outras doenças cardiovasculares) e ajudar a prevenir o desenvolvimento de efeitos deletérios, inclusive episódios fatais.

© 2018 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.
Correio eletrónico: minesalves@gmail.com (I. Alves).

KEYWORDS

Pediatrics;
Blood Pressure;
Dilated
cardiomyopathy;
Renal artery stenosis

Should first blood pressure measurement be performed in the newborn?

Abstract Dilated cardiomyopathy is the most common form of cardiomyopathy and the main cause of cardiac transplantation in children and in adults. Infants and children have a wider spectrum of etiologies, hampering their identification. The most frequent initial manifestation of dilated cardiomyopathy is symptomatic heart failure during exercise or at rest (although many patients are asymptomatic). Some causes are potentially reversible, therefore the investigation should be carefully planned and immediately performed after diagnosis. In most children no cause is identified, which limits the targeted therapeutic approach and therefore the effectiveness of the treatment.

The authors present a case of dilated cardiomyopathy secondary to renovascular hypertension diagnosed in an infant with 3.5 month-old, highlighting the etiological investigation, treatment and evolution.

The authors present this case emphasizing the fact that the arterial hypertension diagnose in infants is not always easy, questioning the current recommendations relating to an initial evaluation on blood pressure. We postulate that the assessment of blood pressure in newborns can detect early renovascular hypertension (and even other cardiovascular diseases) and help prevent the development of deleterious effects, including fatal episodes.

© 2018 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introdução

A miocardiopatia dilatada (MCD) é a forma mais comum de miocardiopatia e a principal causa de transplante cardíaco em idade pediátrica e em adultos¹. A MCD abrange um grupo heterogêneo de doenças que tem um fenótipo comum: a dilatação das cavidades cardíacas e a disfunção miocárdica. Embora esse fenótipo seja partilhado por adultos e crianças, as etiologias subjacentes, assim como o prognóstico, são diferentes consoante o grupo etário². Nos adultos, a etiologia mais frequente é a doença coronária, estão também descritos casos associados a distúrbios inflamatórios, toxinas (medicação, álcool, drogas ilícitas) e defeitos genéticos. Os lactentes e crianças apresentam etiologias de espectro mais alargado, embora a sua identificação seja mais difícil³. Em 66% das situações é idiopática e das causas identificadas mais comuns salientam-se a miocardite (46%) e as doenças neuromusculares (26%)³. No primeiro ano de vida incluem-se também os erros inatos do metabolismo e as síndromes malformativas⁴.

Um estudo americano³ reporta que, em idade pediátrica, a incidência anual é de 0,57 casos/100 000, é mais frequente no sexo masculino (0,66 versus 0,47/100 000) e em lactentes comparativamente com crianças mais velhas (4,40 versus 0,34/100 000). Previamente, um estudo finlandês demonstrou que nesse país a incidência de MCD em crianças é de 0,4 casos/100 000 e a prevalência de 2,6 casos/100 000⁵. No Reino Unido, a incidência é de 0,87/100 000 em indivíduos > 16 anos⁶.

A manifestação inicial mais frequente de uma criança com MCD é a insuficiência cardíaca sintomática, em esforço ou repouso (embora muitos pacientes sejam assintomáticos)^{4,7}. Podem também surgir arritmias ventriculares e bloqueio auriculoventricular, síncope e morte súbita⁴.

Como algumas das causas da MCD são potencialmente reversíveis, a investigação deve ser cuidadosamente planeada e feita imediatamente após o diagnóstico¹. Contudo, na maioria das crianças não é identificada uma causa, o que limita a abordagem terapêutica dirigida à patologia primária e, portanto, a eficácia do tratamento implantado³.

Descrição do caso clínico

Lactente, sexo feminino, sem antecedentes pessoais relevantes com exceção da descida de percentil na evolução ponderal desde o primeiro mês de idade (P50 para P15). Os pais referiram aparecimento de sudorese e palidez labial durante a alimentação, de agravamento progressivo, aos três meses de idade.

Aos 3,5 meses foi levada ao serviço de urgência por episódio de hipotonia e gemido, interpretado como *Brief Resolved Unexplained Event* (BRUE). Negada febre ou intercorrência infecciosa recente. Sem história familiar de cardiopatia ou morte súbita. Ao exame objetivo, salientou-se bom estado geral, TA 112/81 mmHg (P > 99), saturação periférica de oxigénio 99%, sopro sistólico grau II/VI, pulsos femorais simétricos, sem organomegalias ou edemas periféricos. Posteriormente confirmada TA elevada nos quatro membros, sem diferencial significativo. Analiticamente, hemograma sem alterações, bioquímica com transaminases, função renal e função tiroideia sem alterações; salientou-se doseamento de BNP elevado (2686.7pg/mL).

Fez radiografia torácica que mostrou cardiomegalia, sem congestão pulmonar. No eletrocardiograma verificou-se: ritmo sinusal, eixo QRS normal, ausência de ondas Q patológicas e onda T invertida em DI, DII e DIII. O ecocardiograma revelou dilatação das cavidades esquerdas com disfunção ventricular esquerda global, FEVE 36% e FSVE 17%

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7535828>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7535828>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)