

TETRALOGIA DE FALLOT: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE – RELATO DE CASO

Laura Caroline Lippert¹
Sarah Bernadette de Carvalho Alcântara²
Letieli Adamcheski³

Introdução: A Tetralogia de Fallot caracteriza-se por uma tétrede de defeitos no coração, que impedem o funcionamento adequado do órgão (OLIVEIRA et al., 2021). O quadro clínico surge influenciado pelo grau de bloqueio da via de saída direita do coração (CROTI et al., 2012). O reconhecimento das cardiopatias congênicas críticas de forma precoce, visa impedir o surgimento dos efeitos deletérios dessa patologia, como o choque, acidose ou alterações neurológicas antes da correção cirúrgica das alterações cardíacas (BRASIL, 2017). **Objetivos:** Neste trabalho, analisamos as manifestações clínicas e a importância do diagnóstico precoce da Tetralogia de Fallot, a partir da descrição de um relato de caso. **Métodos:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa com orientação descritiva e retrospectiva, a partir de uma análise das manifestações clínicas e da importância do diagnóstico precoce da Tetralogia de Fallot, a partir de um relato de caso. A coleta de dados foi realizada a partir dos laudos dos exames prévios e das informações fornecidas pelo (a) responsável da criança. A partir dos dados observados, realizou-se uma sistematização dos mesmos em categorias de análise, tendo como base comparativa os bancos de dados que compõe a medicina baseada em evidências. O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Contestado e aprovado sob o número do parecer 5.335.250 e CAAE 56472122.6.0000.0117. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, primeira filha de pais saudáveis e não consanguíneos, os quais desconhecem a existência de cardiopatias ou patologias de caráter hereditário em suas famílias. A gravidez foi planejada, através de inseminação artificial, com a mãe tendo

¹Graduanda do curso de Medicina da Universidade do Contestado. Mafra. Santa Catarina. Brasil. E-mail: lauraclippert@gmail.com

²Graduada em Medicina pela Universidade Católica de Pelotas. Mafra. Santa Catarina. Brasil. E-mail: sarahb.alcantara@hotmail.com

³Graduanda do curso de Medicina da Universidade do Contestado. Mafra. Santa Catarina. Brasil. E-mail: letieliadamcheski@hotmail.com

efetuado as ecografias morfológicas trimestrais, que se revelaram normais, além de um Ecocardiograma fetal, na 23ª semana de gestação, apresentando-se normal. Às 38 semanas e 4 dias de gestação, ocorreu seu nascimento, de parto cesárea, com 2.8 kg e 46 cm, sendo adequada à idade gestacional. O Apgar do primeiro minuto foi 7 e do quinto minuto, 8. A triagem neonatal de oximetria de pulso, resultou em saturação de 98% para o membro superior direito e para o membro inferior direito. Com algumas semanas do seu nascimento, percebeu-se uma dificuldade para a amamentação, com a presença de esforço respiratório. Na consulta de puericultura do segundo mês após o nascimento, a pediatra auscultou um sopro na região precordial. Com esses achados, realizaram-se um eletrocardiograma, uma radiografia do coração e vasos da base e um ecocardiograma bidimensional com doppler. Assim, confirmou-se o diagnóstico de Tetralogia de Fallot, sem obstrução ao fluxo pulmonar e instituiu-se tratamento de suporte com o uso de Furosemida associado a Espironolactona, além de avaliações mensais do estado clínico. Nesse processo de espera da realização da cirurgia, quando a paciente possuía 5 meses de vida, começou a apresentar, de forma súbita, tosse produtiva associada com sibilos na ausculta pulmonar, febre de 38,2°C e diarreia. Na admissão da internação, constatou-se que apresentava descompensação aguda da doença de base (Tetralogia de Fallot), associado a bronquiolite viral aguda pelo vírus sincicial respiratório e uma infecção bacteriana sobreposta (presença de *Staphylococcus aureus* na hemocultura). Evoluiu para choque cardiogênico, com necessidade de aumento dos parâmetros ventilatórios, drogas vasoativas e troca de esquema de antibióticos. Apresentou uma crise convulsiva focal e iniciou o uso de Fenobarbital e Fenitoína. Realizou, assim, uma Ecografia Cerebral, que se demonstrou normal. Manifestou uma Parada Cardiorrespiratória por hipoxemia, com duração de cerca de 10 minutos e necessidade da administração de 3 doses de adrenalina. Dessa forma, tentou-se o uso de ventilação mecânica de alta frequência, sem sucesso. Realizou uma Fibrobroncoscopia nasal, ao qual evidenciou uma estenose importante (aproximadamente 2 cm) da traqueia distal. Dessa maneira, foi discutido o caso e optado pela indicação de cirurgia de traqueoplastia e ampliação da via de saída do ventrículo direito. Realizaram-se as cirurgias corretivas sem intercorrências. Recebeu alta da UTI pediátrica. No período que esteve internada na enfermaria, reduziu gradualmente a

oxigenioterapia até sua suspensão. Apresentou episódios de diarreia, com piora, quando se associaram a vômitos e cólicas abdominais. Retornou à UTI pediátrica, com evolução para piora ventilatória, hipoxemia e baixo débito cardíaco. Ficou inicialmente em ventilação não invasiva, mas após realização de cateter venoso central, permaneceu intubada. O quadro viral de Gastroenterite aguda fez com que ficasse mais evidente os sinais de Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) pela Comunicação interventricular (CIV) residual da última cirurgia, com necessidade de Nitroglicerina devido ao baixo débito cardíaco. Com isto, foi optado pela correção da CIV residual, procedimento ao qual, foi realizado sem intercorrências. Realizou um Ecocardiograma transoperatório, com presença de CIV residual de cerca de 2 mm, regurgitação tricúspide moderada e obstrução residual da via de saída do ventrículo direito (VSVD). Evoluiu adequadamente no pós-operatório. Desde a correção cirúrgica, não necessitou mais do uso de diuréticos, iniciando o uso de Captopril, sem planos de aumento de dose. Tolerou dieta enteral via sonda. Dessa forma, obteve alta para enfermaria com dieta plena via enteral e em ar ambiente, com boa perfusão. Por fim, recebe alta hospitalar após 118 dias de internamento. **Conclusões:** A Tetralogia de Fallot é uma importante cardiopatia congênita cianótica que merece atenção quanto às suas manifestações clínicas, diagnóstico, condutas e complicações, visando o fornecimento de um bom cuidado infantil. Denota-se a presença de: (1) defeito no septo ventricular, em que há uma abertura das câmaras ventriculares do coração, gerando uma comunicação interventricular (CIV), (2) estenose pulmonar, onde visualiza-se uma obstrução ao fluxo do sangue do ventrículo para os pulmões, (3) hipertrofia ventricular direita, consequente da atividade excedente do ventrículo e, (4) desvio da aorta para a direita na saída do coração. A presença de manifestações clínicas depende do grau de obstrução da via de saída ventricular direita. Nesse relato, a paciente apresentou uma forma da cardiopatia sem obstrução significativa ao fluxo pulmonar e assim, sem grande sintomatologia, correlacionando com a literatura, ao qual elucida que, dependendo da obstrução, teremos mais ou menos sinais e sintomas. Acerca do diagnóstico, uma grande porcentagem dos casos de cardiopatias congênitas, recebe alta hospitalar após o nascimento sem o diagnóstico, fato evidenciado com o presente relato, contribuindo para o subdiagnóstico e elevada mortalidade que esse grupo apresenta. Dessa

maneira, a realização de um diagnóstico precoce é de suma importância, permitindo que seja elaborado um plano de cuidados apropriados para cada paciente, fazendo a abordagem cirúrgica no momento adequado e diminuindo as complicações relacionadas a tal patologia, como a hipóxia crônica e seus efeitos prejudiciais. Além disso, o estudo confirmou que o principal exame usado para diagnosticar a doença, foi o Ecocardiograma bidimensional com Doppler e ainda, que não houve o diagnóstico utilizando o ultrassom obstétrico ou outras formas de triagem. Por fim, analisa-se que, o atraso no diagnóstico e consequentemente no tratamento, podem desencadear complicações graves e potencialmente fatais, impedindo um crescimento e desenvolvimento cardiorrespiratórios normais. Assim, evidencia-se a necessidade de um melhor treinamento médico e o aprimoramento dos métodos diagnósticos, para que, as crianças portadoras, possam usufruir de um diagnóstico precoce, uma terapia direcionada e um bom prognóstico, assim como no caso clínico relatado, que embora tenha passado por inúmeras intercorrências, apresentou uma recuperação satisfatória.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas em saúde: Diagnóstico precoce de cardiopatias congênitas**. 1.ed. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_cardiopatias_congenitas.pdf. Acesso em: 10 abr. 2023.

CROTI, U. A. *et al.* **Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular Pediátrica**, 2 ed. Grupo GEN, 2012. E-book. ISBN 978-85-412-0434-7.

OLIVEIRA, P. V. DE M. *et al.* A tetralogia de Fallot e sua abordagem cirúrgica precoce: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v.5, n.9, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/36473>. Acesso em: 05 abr. 2023.