

RECURSO PARA QUESTÃO 77 MIOCARDITE VIRAL EM PEDIATRIA

Menina, 3m, é trazida à Unidade de Emergência com história de coriza e tosse há cinco dias e desconforto respiratório há dois dias, com piora progressiva. Nega febre ou outras queixas. Mãe nega doenças e refere bom desenvolvimento e ganho pondero estatural. Antecedentes: pré-natal sem intercorrências, ultrassonografia gestacional normal, nega prematuridade e internações. Exame físico: Pulmões: murmúrio vesicular presente com sibilos, com expiração prolongada. Escore Bronchiolitis Score of Sant Joan de Deu (BROSJOD) = 6. Radiograma de tórax: hiperinsuflação pulmonar. Foi internada em Enfermaria de Pediatria e mantida com cateter nasal com 1 L O₂ /minuto, com melhora do desconforto respiratório (oximetria de pulso > 96%). Na evolução encontra-se afebril, hidratada, corada e mantendo taquicardia sinusal, mesmo durante o sono. Não foram administrados medicamentos.

A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA NOSOLÓGICA É: **miocardite viral** OU **miocardite**.

Prezada banca examinadora da UNICAMP,

Venho, por meio deste recurso, solicitar a **anulação** da questão ou **ampliação da resposta esperada para Bronquiolite viral aguda**. Considerando as informações dispostas no enunciado, não temos informações o suficiente para elencar a miocardite viral como principal hipótese diagnóstica. O quadro apresenta mais elementos compatíveis com uma bronquiolite viral aguda.

Segundo o Tratado de Pediatria 6ª edição, constatamos o seguinte: “Os principais sintomas de miocardite são **pouco específicos**, o que torna o diagnóstico mais difícil, principalmente na fase inicial na doença. O quadro clínico tem um amplo espectro, podendo variar desde uma dor torácica leve até o choque cardiogênico. A maioria dos casos é diagnosticada mais tardiamente, geralmente após a primeira ou segunda semana do início dos sintomas. Os sintomas mais comuns são os pródromos de quadros respiratórios virais associados a **sintomas gastrointestinais do tipo náuseas, vômitos, perda de apetite e dor abdominal**, seguidos de sintomas respiratórios e cardiológicos mais específicos, como dispneia, cansaço progressivo, tosse e **desconforto respiratório**, dependendo do grau de disfunção ventricular. A gravidade dos sintomas está diretamente relacionada ao grau de disfunção ventricular, sendo que, nos casos de miocardite aguda com pouco comprometimento da função ventricular, o quadro clínico pode ser caracterizado por dor torácica, pródromos virais e sinais gastrointestinais inespecíficos.”

Em seguida, trago algumas características de bronquiolite viral aguda: “A história clínica da BVA é de um quadro de **infecção de via aérea superior**, que se inicia após 4-6 dias de incubação, com coriza, espirro e obstrução nasal.[...] No decorrer de **2-3 dias há evolução**

para sintomatologia de acometimento de via aérea inferior. Nessa fase surgem tosse e taquipneia leve, chegando à dispneia, **uso de musculatura acessória** como a abdominal, gemência ou batimento de aleta nasal, além de **hipoxemia**. A ausculta respiratória pode apresentar **sibilos**, estertores, **aumento do tempo expiratório** ou até mesmo ruído de transmissão da via aérea superior. A radiografia do tórax é dispensável na maioria dos quadros de BVA, uma vez que o resultado é normal ou apresenta sinais comuns da doença como **hiperinsuflação**.”

Peço que notem o seguinte: não há menção à sintomas gastrointestinais ou sinais específicos de disfunção miocárdica (alteração no tempo de enchimento capilar, pulsos, estertoração bibasal, hepatomegalia). **Há menção à taquicardia sustentada, mas trata-se de um achado muito pouco específico que também pode estar presente em pacientes com bronquiolite viral aguda.** Inclusive, a taquicardia aparece como critério a ser avaliado no BROSJOD citado na questão, escala utilizada para avaliar a gravidade de um paciente com bronquiolite viral aguda:

	0	1	2	3
Sibilancias	No	Inspiratorios	Inspiratorios, espiratorios	
Tiraje	No	Subcostal, intercostal inferior	Aleteo y supraclavicular	Intercostal superior y supraesternal
Entrada de aire	Normal	Regular, simétrica	Asimétrica	Muy disminuida
Saturación O ₂				
Sin O ₂	≥ 95%	91-94%	< 91%	
Con O ₂	Sin O ₂	> 94 FiO ₂ < 40%	≤ 94 FiO ₂ > 40%	
FR < 3 meses	< 40 rpm	40-59 rpm	60-70 rpm	> 70 rpm
3-12 meses	< 30 rpm	30-49 rpm	50-60 rpm	> 60 rpm
12-24 meses	< 30 rpm	30-39 rpm	40-50 rpm	> 50 rpm
FC < 1 año	< 130 lpm	130-149 lpm	150-170 lpm	> 170 lpm
1-2 años	< 110 lpm	110-120 lpm	120-140 lpm	> 140 lpm

Tabla 9. Escala del Hospital Sant Joan de Déu. Leve < 5; moderada: 6-10; grave > 11-16

Além disso, temos muitos achados compatíveis com bronquiolite viral aguda: resfriado comum que evolui para desconforto respiratório, sibilância, tempo expiratório prolongado, radiografia de tórax com hiperinsuflação.

Então, apesar de não ser possível descartar uma **miocardite viral leve**, não temos substrato para considerá-la como a principal hipótese diagnóstica, nem tampouco **excluir a possibilidade de bronquiolite viral aguda**.

Portanto, solicito que o gabarito de resposta esperada seja, ao menos, **ampliada para incluir BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA POR VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO**, ou semelhante.

REFERÊNCIA

- Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de pediatria, 6ª EDIÇÃO (2 volumes). Editora Manole. Edição do Kindle. PNEUMOLOGIA, CAPÍTULO 2, Bronquiolite viral aguda.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de pediatria, 6ª EDIÇÃO (2 volumes). Editora Manole. Edição do Kindle. CARDIOLOGIA, CAPÍTULO 4, ENDOCARDITE, PERICARDITE E MIOCARDITE.

