

Ian Ferreira Pilderwasser, Paulo Cesar Meucci Pereira Nogueira, Clara Weksler, Pamela Santos Borges, Guilherme Dalcol Torres de Amorim, Maysa Ramos Vilela, Luis Felipe Camillis Santos, Fabio Tagliari, Luciana Coutinho, Roberto de Castro Meirelles de Almeida

Instituto Nacional de Cardiologia –Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO:

Em contraste com o alto risco embólico em pacientes com endocardite infecciosa (20 a 50%)¹, a embolização coronariana é um evento raro, acometendo cerca de 1 a 2% dos pacientes^{2,3}, e geralmente ocorre na fase aguda da infecção^{2,3,4}. Apesar de sua alta morbimortalidade, é uma complicação pouco abordada na literatura. Apresentamos o caso de uma paciente jovem com embolização coronariana após término de tratamento para endocardite infecciosa e seus desfechos.

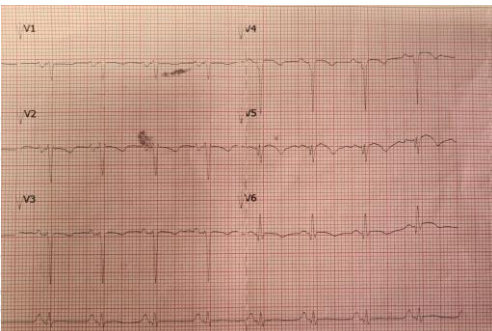
RELATO DE CASO:

Paciente feminina, 18 anos, sem comorbidades conhecidas. Apresentava história de internação entre outubro e novembro de 2020 por quadro de endocardite infecciosa mitral, recebendo antibioticoterapia por 6 semanas e evoluindo com regurgitação mitral grave. Reinternada semanas depois com quadro de dor epigástrica associada a IC descompensada e então transferida para o Instituto Nacional de Cardiologia para avaliação cirúrgica.

Figura 1: eletrocardiograma no momento da readmissão

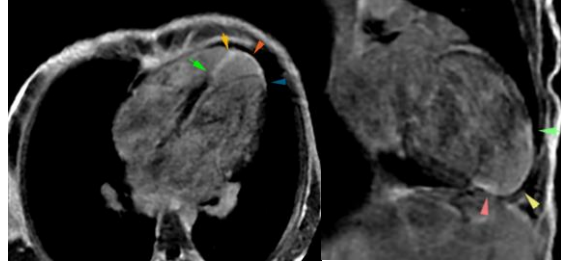


Figura 2: eletrocardiograma na admissão ao INC



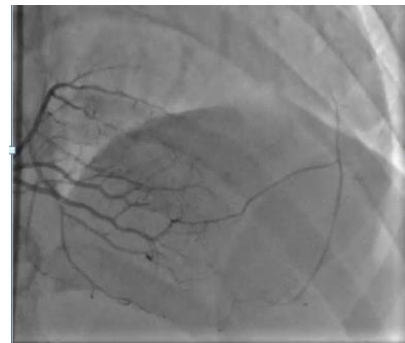
À admissão apresentava eletrocardiograma (figura 2) com zona inativa anterior e ecocardiograma com disfunção biventricular, hipertensão pulmonar e insuficiência mitral grave. RM cardíaca (figura 3) com disfunção ventricular esquerda com alteração segmentar apical e realce tardio transmural. Submetida a coronariografia (figura 4) que evidenciou oclusão em terço médio da artéria descendente anterior.

Figura 3: RNM (realce tardio transmural)



Paciente foi então submetida a troca valvar mitral biológica e revascularização miocárdica com ponte de artéria torácica interna esquerda para descendente anterior, evoluindo com choque cardiogênico refratário e incapacidade de retorno à circulação espontânea com necessidade de assistência circulatória por ECMO-VA.

Figura 4: coronariografia (oclusão de ADA com opacificação por heterolaterais da ACD



DISCUSSÃO:

A síndrome coronariana aguda por endocardite infecciosa é uma complicação rara e de difícil diagnóstico, podendo ocorrer em decorrência de embolização coronariana ou de compressão ostial por abscesso ou vegetação. Deve ser considerada em todo paciente com diagnóstico estabelecido de endocardite evoluindo com dor precordial, porém pode preceder o diagnóstico da infecção, entrando no diferencial de pacientes com MINOCA. A insuficiência cardíaca é uma complicação frequente (42 a 73%)^{2,3} com mortalidade elevada e a revascularização miocárdica deve ser considerada, podendo-se recorrer à angioplastia com stent ou cirurgia de revascularização.

Referências:

- 1 MANN, D. et al. **Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine**. 1o. ed. Philadelphia: Elsevier, 2015.
- 2 ROUX, V. et al. Coronary events complicating infective endocarditis. **Heart**, n. 103, p. 1906-1910, 2017.
- 3 MANZANO, M. C. et al. Acute coronary syndrome in infective endocarditis. **Rev Esp Cardiol**, v. 1, n. 60, p. 24-31, Jan 2007.
- 4 NAZIR, S. et al. ST-Elevation Myocardial Infarction Associated With Infective Endocarditis. **Am J Cardiol**, v. 8, n. 123, p. 1239-1243, Abr 2019.