

Infarto Esplênico Por Fibrilação Atrial Aguda. Relato De Caso.

JEFERSON FREIXO GUEDES¹, YURI GOMES DE BRITO², CECÍLIA CANDIDA GRAÇA MOTA DAMASCENO², JULIA DE CASTRO LANNES², LARA MONTEIRO PORCEL VALLADARES², CATHARINE VITÓRIA DOS SANTOS SIQUEIRA², THAÍS ALVARENGA CERONI², LAURA PINTO COELHO ALVES², GIOVANA FERNANDES PEDRO², ROBERTA HELENA CHELOTTI ABRANTES².

1- Ecocardiografista e rotina da Enfermaria de Cardiologia do Hospital Municipal Miguel Couto, professor auxiliar de ensino da Fundação Técnico Educacional Souza Marques

2- Internos da Faculdade de Medicina da Fundação Técnico Educacional Souza Marques
freixojf@gmail.com

Introdução: A fibrilação atrial é a arritmia mais comumente observada na prática clínica sobretudo em faixas etárias mais elevadas, observando-se aumento em sua a incidência ao longo dos últimos anos diante do envelhecimento populacional. Dentre as repercussões clínicas destaca-se o risco tromboembólico havendo relação principalmente com o acidente vascular encefálico isquêmico, podendo ocorrer ainda embolizações viscerais e vasculares periféricas. O infarto esplênico secundário a fibrilação atrial constitui entidade nosológica incomum, apresentando-se clinicamente de forma variável desde oligossintomática a dor abdominal intensa em quadrante superior esquerdo.

Relato de Caso: paciente de 83 anos, sexo feminino, portadora de HAS e hipotireoidismo, admitida em unidade de emergência por dispnéia progressiva aos esforços (2 semanas de evolução) e dor em base de hemitórax e hipocôndrio esquerdos. Apresentava-se com taquipnéia (sem esforço ventilatório), congestão pulmonar, ritmo cardíaco irregular compatível com fibrilação atrial. Trouxe resultados de exames ambulatoriais prévios: eletrocardiograma realizado no dia anterior ao atendimento na emergência com taquicardia sinusal e ecocardiograma transtorácico anterior ao início dos sintomas com função sistólica global do VE normal (FE de 67%). Eletrocardiograma de admissão hospitalar com fibrilação atrial, exames laboratoriais demonstrando elevação de BNP 3492 pg/mL e D-dímero de 5327 ng/mL. Realizado novo ecocardiograma que demonstrou disfunção sistólica global do VE leve à moderada (FE de 42%, com leve hipocinesia difusa), função sistólica do VD normal, leve aumento do volume atrial esquerdo (40 mL/m²), congestão em veia cava inferior e sinais de hipertensão pulmonar (PSAP: 50 mmHg). Houve melhora do quadro clínico e de congestão com diurético. Diante da elevação de D-dímero e do quadro álgico em região tóraco-abdominal à esquerda que piorava à palpação, realizou-se angiotomografia de tórax que não evidenciou tromboembolismo pulmonar e tomografia de abdômen com contraste para investigação de embolia visceral. Esta demonstrou hipodensidade de limites bem definidos no baço compatível com infarto esplênico. Iniciado anticoagulação plena e internação hospitalar para estabilização clínica.

Conclusões: A relevância deste caso fundamenta-se na ocorrência de insuficiência ventricular esquerda concomitante a fibrilação atrial aguda e identificação de fenômeno embólico visceral incomum (infarto esplênico).

