



INTRODUÇÃO

A calcificação miocárdica maciça é uma entidade rara e pouco descrita na literatura. Geralmente é originada a partir de depósitos metastáticos - por hiperatividade da paratireóide - ou depósitos distróficos de cálcio, sendo estes secundários ao dano miocárdico por doenças como febre reumática, infarto extenso, tuberculose, sarcoidose e hiperoxalúria primária [1-4]. Relatamos abaixo um caso de dupla lesão mitral e aórtica graves e disfunção de ventrículo esquerdo por calcificação miocárdica extensa associada à calcificação anular mitral e aórtica em paciente jovem.

RELATO DE CASO

S.A.F, 19 anos, sexo feminino, hipodesenvolvida, com quadro de dispneia aos médios esforços (classe funcional II - NYHA) e síncope cardiogênica há 2 anos. Realizou Eco Transesofágico que mostrou dupla lesão mitral e aórtica graves (gradiente médio 71 mmHg, área valvar 0,22 cm³), além de calcificação extensa de ventrículo esquerdo, predominantemente na cortina mitro-aórtica, músculos papilares e anéis valvares. Foram realizados rastreios metabólicos e de doenças de colágeno que foram negativos. O Eletrocardiograma mostrava sinais de HVE e sobrecarga atrial esquerda com BAV de 1º Grau. A Angiotomografia do coração mostrou calcificação extensa do ventrículo esquerdo, especialmente da cortina mitro-aórtica, anéis valvares e músculos papilares. Após estabilização clínica, recebeu alta médica, sendo encaminhada ao ambulatório para dar seguimento às investigações e ao tratamento. Paciente veio à óbito após 3 meses, em dezembro de 2022, por quadro de insuficiência cardíaca crônica descompensada, não havendo tempo hábil para realização de teste genético.

DISCUSSÃO

Relatamos um quadro de calcificação cardíaca maciça idiopática. O eletrocardiograma mostrou BAV de 1º grau com sinais de hipertrofia de ventrículo esquerdo e sobrecarga atrial esquerda. O ecocardiograma evidenciou a gravidade das lesões valvares, além da presença de calcificação, que pôde ser mensurada de forma mais acurada em AngioTC do coração. Após longo período de internação, sendo realizados rastreios de doenças metabólicas, músculo-esqueléticas e do colágeno, além de investigação acerca de demais calcificações em outros segmentos corporais, a paciente recebeu alta por apresentar todos os exames dentro da normalidade. Foi dado seguimento ambulatorial para prosseguir o tratamento clínico e



Angiotomografia cardíaca mostrando calcificação intensa de ventrículo esquerdo, especialmente de cortina MitroAórtica, músculos papilares e anéis valvares

averiguar a etiologia da calcificação e, a partir dos dados coletados, decidimos realizar um estudo genético para elucidar o hipodesenvolvimento corporal e a causa-base do depósito de cálcio. Contudo, após pouco tempo, a paciente piorou a classe funcional rapidamente. Foi incluída como candidata ao transplante cardíaco, porém evoluiu para o óbito 3 meses após sua alta hospitalar, devido ao agravamento da ICC descompensada, impossibilitando a continuidade da investigação diagnóstica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ananthakrishna R, Moorthy N. **Dystrophic myocardial calcification**. Indian Heart J 2016; 68:S180–1.
2. Freeman J, Dodd JD, Ridge CA, O'Neill A, McCreery C, Quinn M. **'Porcelain heart' cardiomyopathy secondary to hyperparathyroidism: radiographic, echocardiographic, and cardiac CT appearances**. J Cardiovasc Comput Tomogr 2010;4:402–4
3. Mana M, Sanguineti F, Unterseeh T, Bouvier E, Garot J. **Petrified myocardium: the age of stone?** Circulation 2012;126:1139–42
4. Shackleya BS, Nguyenb TP, Shivkumarc K, Finn PJ, Fishbein MC. **Idiopathic massive myocardial calcification: a case report and review of the literature**. Cardiovasc Pathol 2011; 20:e79–83