

Autores: Leivy Zucker Cytryn¹; Lais Marques Bottino¹; Mariana de Barros Castellaneta¹; Alfredo de Souza Bomfim²;

1 - Residente médico do serviço de Cardiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ.

2 - Médico *Staff* do serviço de Cardiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ.

Introdução

O infarto agudo do miocárdio continua sendo a principal causa de morte no mundo sendo que em 2017 foram aproximadamente 100 mil óbitos registrados no Brasil. Segundo dados oficiais, aproximadamente 0,3% dos casos evoluem com alguma complicação mecânica, acarretando maior morbimortalidade sendo fundamental o conhecimento e diagnóstico para que se intervenha no tempo adequado.

Relato de caso

M.S.S, masculino, 66 anos, tabagista e previamente hipertenso, procurou uma Unidade de Pronto Atendimento devido a dor precordial de forte intensidade sendo diagnosticado com infarto agudo do miocárdio com supra do segmento ST de parede inferior sendo trombolisado com critérios de reperfusão segundo o relato da unidade decorridos 3:40h do início do evento. Foi regulado para realização de estratificação invasiva decorridos menos de 24h do evento, assintomático e em Killip I. A coronariografia evidenciou lesão de 70% no terço distal em Artéria coronária direita (ACD) e lesão subtotal em terço proximal da Artéria Ventricular Posterior (AVP) além de lesão de 70% em terço médio da Artéria Descendente Anterior (ADA) sendo optado por prosseguir para angioplastia de ACD e AVP com 2 stents farmacológicos. O ecocardiograma transtorácico foi realizado posteriormente com visualização de disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (VE), derrame pericárdico leve a moderado com sinais de restrição diastólica e falha de 0,4cm na porção média da parede lateral com fluxo ao doppler sugerindo ruptura de parede livre do VE. Diante dos achados, complementamos com Ressonância Magnética cardíaca (RM cardíaca) que ratificou a presença de redução da espessura ventricular sem rotura completa de parede livre. Paciente foi encaminhado para a unidade coronariana do Hospital para vigilância clínica e controle hemodinâmico intensivo e diante do risco de ruptura completa da parede, foi optado por prosseguir com a cirurgia onde foi evidenciado derrame pericárdico hemático e grande quantidade de hematoma intramural no VE prosseguindo com implantação de patch de pericárdio bovino. Paciente evoluiu favoravelmente no pós-operatório, recebendo alta hospitalar 9 dias após a cirurgia.

Discussão

A rotura de parede livre do VE é a complicação mecânica mais comuns pós infarto e raramente pode evoluir com tamponamento do local da ruptura. A realização do ecocardiograma transtorácico precocemente pode acelerar o diagnóstico e do seu tratamento cirúrgico frente ao risco de rotura iminente.

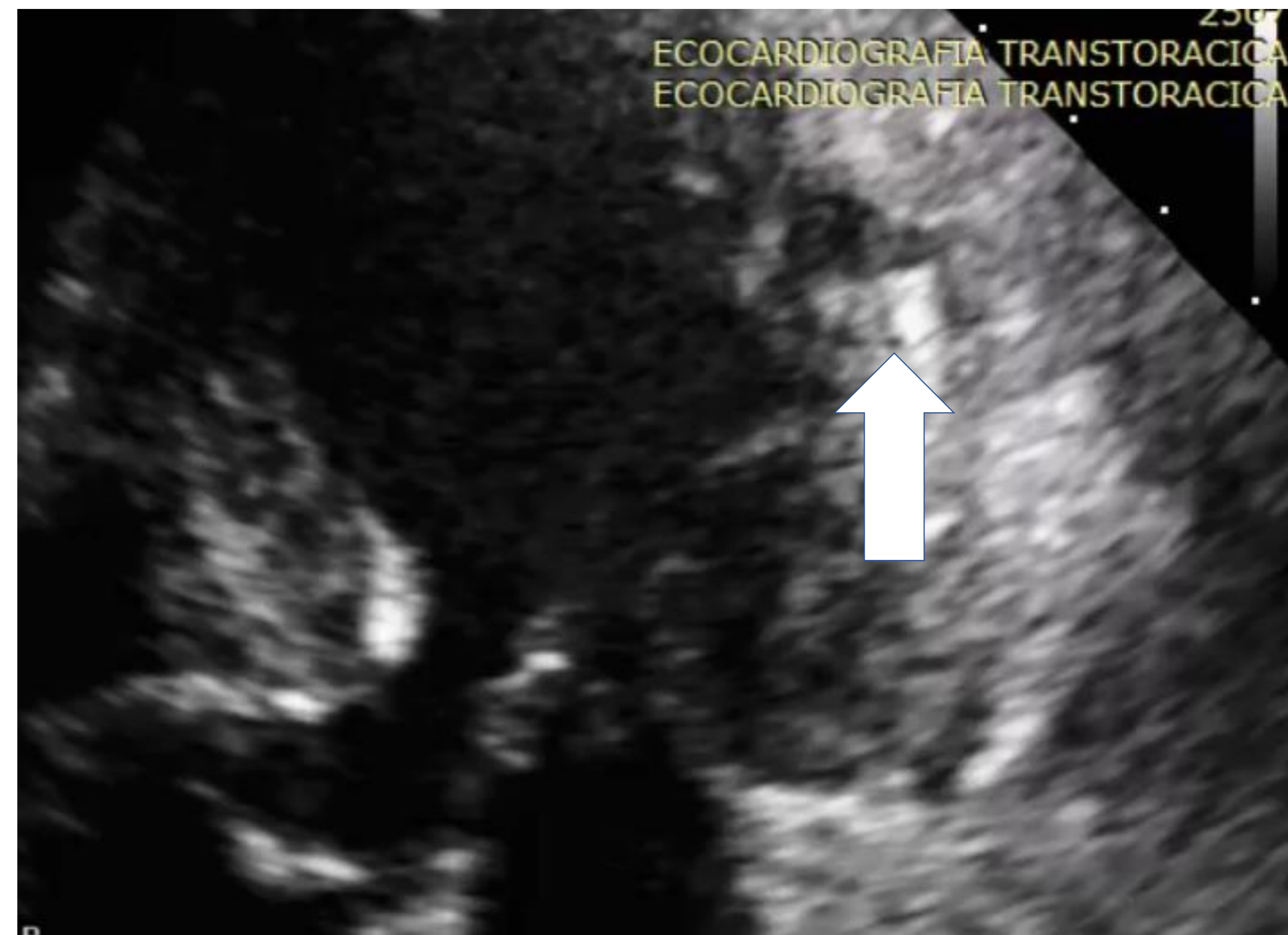


Imagem 1 – Ecocardiograma transtorácico. Apresentando falha de contiguidade na porção média parede lateral do VE.

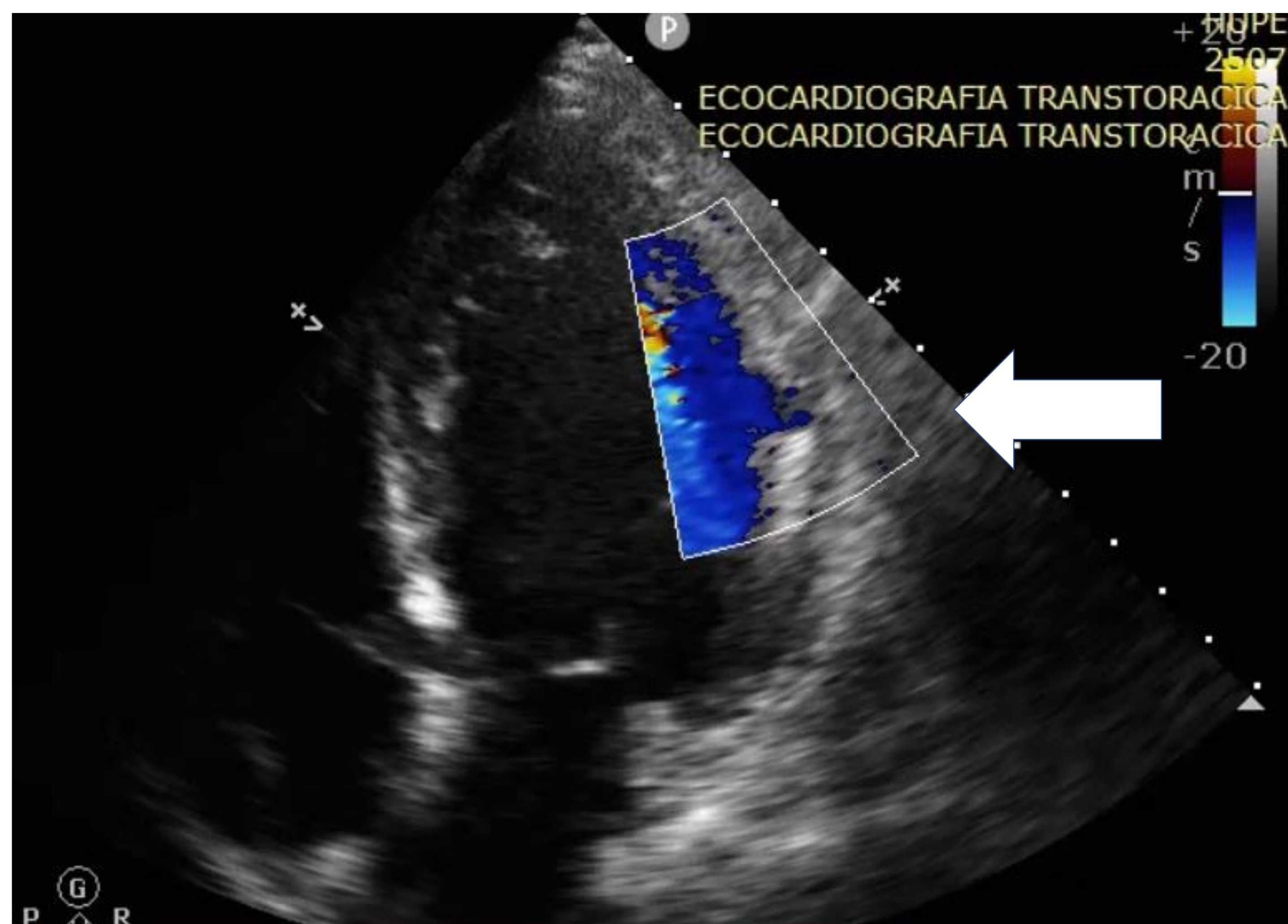


Imagem 2 – Ecocardiograma transtorácico apresentando fluxo ao doppler da falha de contiguidade na porção média lateral do VE.

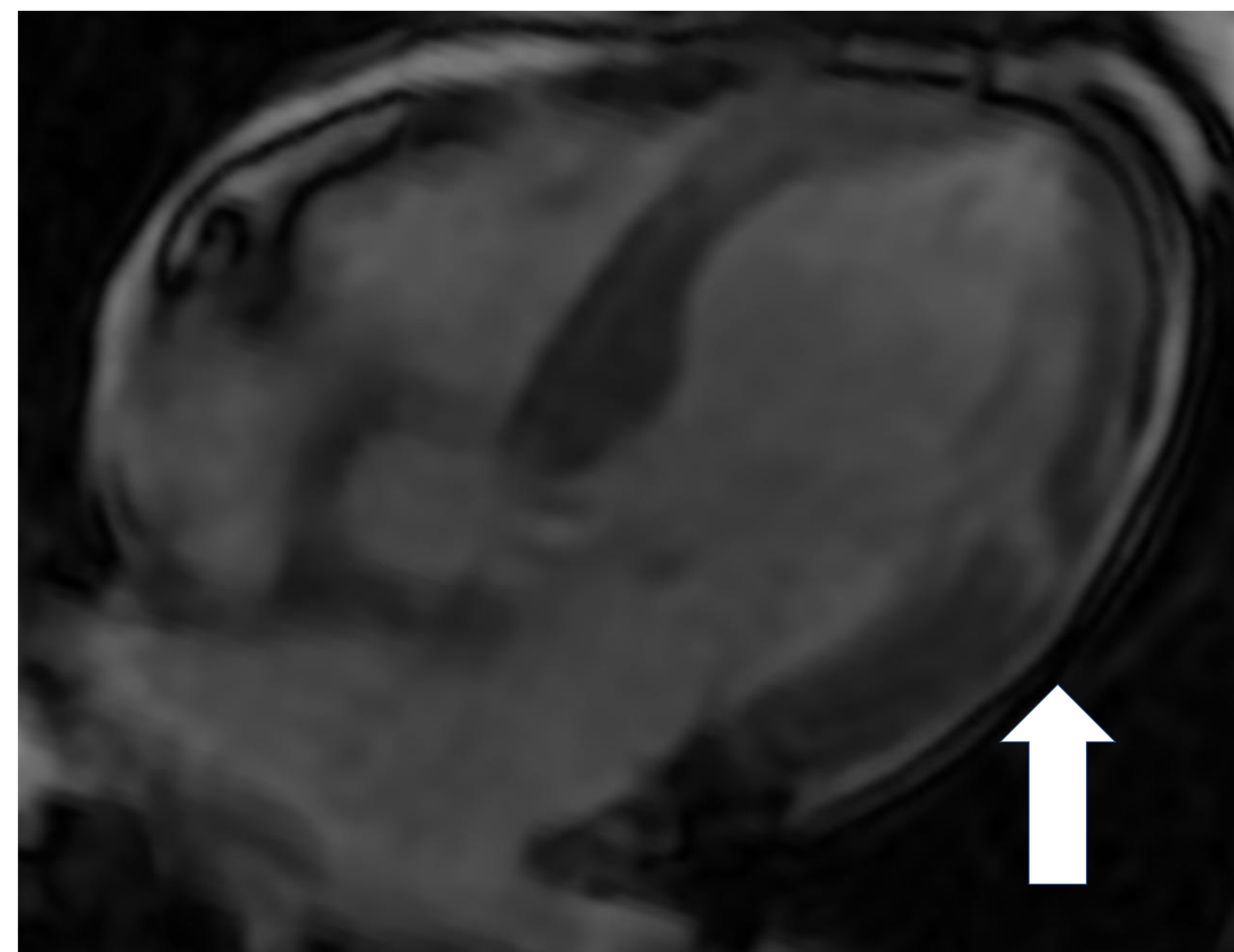


Imagem 3 – Ressonância magnética cardíaca mostrando rotura incompleta da parede lateral ventricular.