

Acidente vascular encefálico isquêmico pós IAMCSST: Um desafio terapêutico.

40° CONGRESSO
SOCERJ2023
19 A 21
ABRIL | 2023



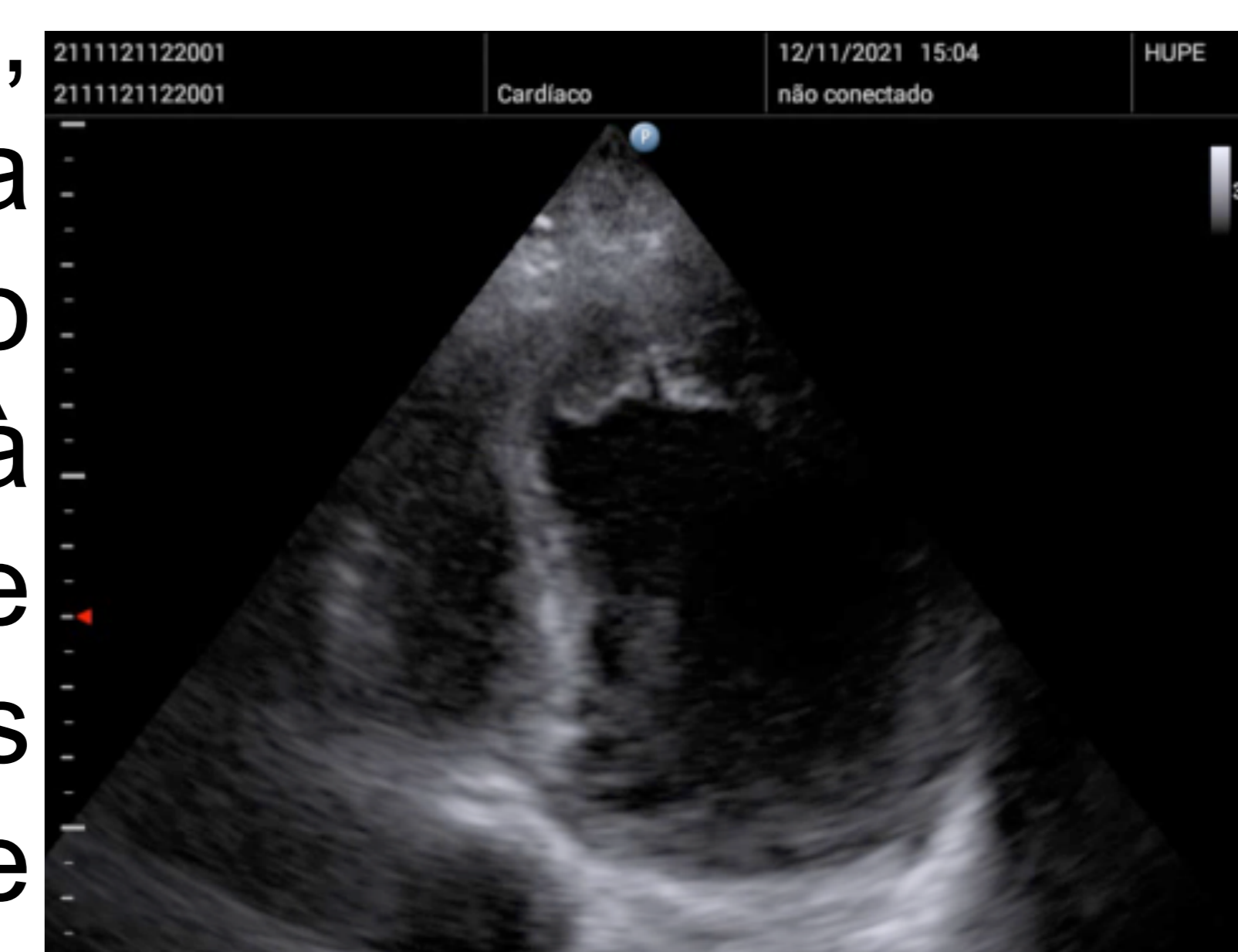
João Victor Batalha Alcântara¹; Thiago Bicchieri Dias²; Leivy Zucker Cytryn¹; André Luis Pais Moreira¹; Maria Tolet Barreto de Alvarenga¹; Júlia Silva Muniz Furtado¹; Rafaela Vieiralves João Izzo Pinto³

1- Médico residente de cardiologia do Hospital universitário Pedro Ernesto/UERJ; 2- Médico staff da cardiologia do Hospital universitário Pedro Ernesto/UERJ; Médica residente de cardiologia do Instituto Nacional de Cardiologia



Introdução: O infarto agudo do miocárdio é uma das principais causas de morte em todo o mundo, responsável por cerca de 1 em cada 5 mortes. A cada ano, ocorrem cerca de 17,9 milhões de mortes por doenças cardiovasculares em todo o mundo, sendo que o infarto agudo do miocárdio é responsável por cerca de 7,4 milhões dessas mortes. O seu tratamento disponível no sistema de saúde único (SUS) muitas vezes necessita da terapia trombolítica, nosso caso trás um dilema raro porém, por vezes, presente no cotidiano de médicos do SUS.

Caso: Paciente feminina de 40 anos, previamente tabagista ativa (30 maços/ano) hipertensa e diabética insulino dependente, apresentou em 04/11/21 episódio de dor retroesternal de forte intensidade, com irradiação para dorso, iniciada no repouso, sem fatores de melhora, motivando atendimento de emergência em UPA. Recebeu alta após analgesia e melhora parcial da dor. Apresentou recidiva da dor em 07/11/21, agora em pior intensidade e procurou serviço de urgência do hospital municipal. Realizado ECG que evidenciou: Supradesnivelamento do segmento ST em parede anterior extensa, inferior e lateral alta. Dessa forma, paciente submetida a trombólise química com Delta-T de aproximadamente 7hrs – com critérios clínicos e eletrocardiográfico de reperfusão. Transferida para hospital terciário 08/11/21 para realização de terapia fármaco-invasiva. Realizado cateterismo na mesma data que evidenciou lesão grave em ADA proximal seguida de oclusão em terço médio além de lesão grave de ACX, optado por realizar PTCA de ADA com implante de 2x DES com sucesso. Realizado ecocardiograma transtorácico no dia seguinte a angioplastia com evidência de trombos móveis dentro do VE. Seguindo em anticoagulação plena com HBPM associado a DAPT (AAS + Clopidogrel). No dia 12/11/21 a paciente apresentou hemiplegia a direita e afasia, heminegligência e hemianopsia a direita (NIHSS = 16), presenciada pela equipe médica. Realizado TC de crânio sem alterações e RM de encéfalo com área isquêmica recente corticossubcortical insular posterior à esquerda. Discutido caso com a neurologia e família da paciente ponderado risco vs. Benéfico e optado por nova terapia trombolítica (5 dias após a trombólise pelo IAM). Evoluindo de forma favorável na unidade cardio-intensiva com melhora progressiva de déficits focais e sem transformação hemorrágica. Alta da unidade hospitalar após 18 dias de internação.



Discussão: Este caso relata destaca a importância da tomada de decisão compartilhada com paciente, familiares e equipe multidisciplinar (Cardiologistas clínicos, hemodinamicistas, cirurgia cardíaca, neurologistas e neurocirurgiões) adequando cada terapêutica ao indivíduo. Foi levado em consideração o aspecto social frágil da paciente sendo ponderado com a mesma os riscos de AVCh, ruptura do ventrículo esquerdo e demais complicações e optado pela terapia farmacológica sem complicações e com melhora substancial do déficit motor.