

JEFERSON FREIXO GUEDES¹, JOSE RAUL RODRIGUES ALVES CARRINHO², VINICIO ELIA SOARES³, CLAUDIA GUERRA MURAD SAUD⁴, DOMINGOS ANTONIO DE ALMEIDA GOMES² e THAISY MARQUES SECCO⁵ Contato: freixojf@gmail.com

1- Chefe do Serviço de Cardiologia e ecocardiografista do Hospital Municipal Miguel Couto; Cardiologista do ambulatório de doença coronariana do Hospital Federal de Bonsucesso; Professor auxiliar de ensino da Fundação Técnico Educacional Souza Marques.

2- Cardiologistas da Unidade Coronariana do Hospital Municipal Miguel Couto. 3- Chefe da Unidade Coronariana do Hospital Municipal Miguel Couto

4- Médica rotina da Unidade Coronariana do Hospital Municipal Miguel Couto. 5- Médica Residente de Clínica Médica do Hospital Municipal Miguel Couto

Comunicação interventricular e acidente vascular encefálico cardio-embólico relacionados a IAM com fibrinólise tardia. Relato de Caso. ID 57115

Introdução: A comunicação interventricular constitui rara complicação do infarto agudo do miocárdio (IAM), incidência de 0,2% após o advento da fibrinólise. Havendo, no entanto, elevados índices de complicações (relatos de 25 a 87% de mortalidade). A apresentação clínica clássica envolve surgimento de novo sopro cardíaco (em até 90% dos casos), edema agudo pulmonar, instabilidade hemodinâmica e choque cardiogênico.

Relato de caso: Paciente de 63 anos, sexo feminino, portadora de HAS, admitida em enfermaria de clínica médica por síndrome neurológica em fase subaguda, acidente vascular encefálico isquêmico (AVE), confirmada por neuroimagem, cursando com hemiplegia braquio-crural direita proporcionada e completa, sem tratamento fibrinolítico (fora da janela terapêutica em nossa unidade). Histórico de IAM (supra-desnívelamento de segmento ST em parede anterior), com fibrinólise tardia 16 dias antes do evento neurológico e transferência para nosso nosocômio. Eletrocardiograma inicial: ritmo sinusal, área de inatividade elétrica e corrente de lesão subepicárdica em parede anterior. Ecocardiograma de admissão evidenciando disfunção sistólica global leve à moderada do ventrículo esquerdo (fração de ejeção pelo Simpson de 48% e índice de contratilidade segmentar de 1,58). Acinesia do septo médio e segmentos apicais, havendo imagem ecogênica arredondada e móvel compatível com trombo apical, confirmando etiologia cardio-embólica para o AVE isquêmico. Iniciou-se anticoagulação plena com programação de cinesinocoronariografia após otimização de quadro clínico (compensação de insuficiência ventricular esquerda e tratamento de intercorrência infecciosa pulmonar). Cursou 10 dias após admissão hospitalar com dispnéia e congestão pulmonar, sendo identificado frêmito e novo sopro cardíaco, holossistólico, em ictus cordis. A paciente foi então transferida para unidade coronariana sendo submetida a novo ecocardiograma que demonstrou melhora da função sistólica ventricular, mantendo-se com acinesia apical, comunicação interventricular em porção distal do septo medindo cerca de 3 mm, gradiente estimado de 62mmHg, com shunt esquerda-direita. Solicitou-se transferência para avaliação cirúrgica.

Conclusões: A relevância deste caso fundamenta-se na ocorrência simultânea e identificação de complicações incomuns decorrentes da fibrinólise tardia do IAM: AVC isquêmico cardio-embólico e comunicação interventricular.

