



Jeferson Freixo Guedes¹, Luiz Augusto de Macedo², Renata Danowski³,

Priscila Soares Falcão¹, Marcelo Fernandes Souza de Lima¹ e Leandro Sodré Xavier da Silva².

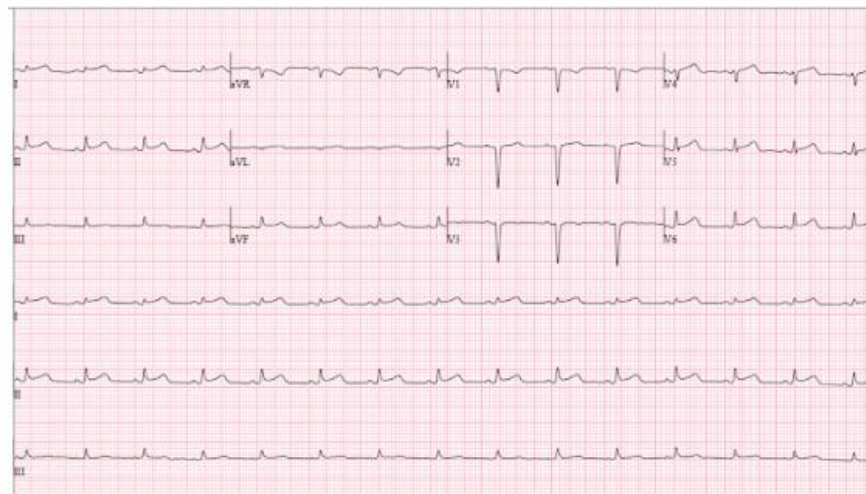
1- Médicos clínicos da unidade de Pronto Atendimento de Copacabana - Unimed Rio. 2- Médicos rotinas da unidade de Pronto Atendimento de Copacabana - Unimed Rio. 3- Coordenadora médica da unidade de Pronto Atendimento de Copacabana - Unimed Rio. Contato: freijof@gmail.com

Miocardite Fulminante. Relato de Caso. ID: 57121.

Introdu o: A miocardite fulminante (MF) constitui condi o clínica rara, caracterizada por grave inflama o miocárdica, disfun o ventricular contrátil e necrose de miócito, com início súbito e intensa gravidade resultando em alto risco de morte por choque cardiog nico e arritmias ventriculares. Conforme Kociol et al, 2020, sem o diagnóstico precoce e antes do advento do suporte circulatório a MF era quase universalmente fatal. Observa-se maior acometimento em pacientes jovens e previamente hígidos despontando como uma das principais causas de morte súbita em idade inferior a 40 anos e crianças.

Relato de Caso: Paciente de 25 anos, sexo feminino com quadro de infec o de vias aéreas em uso de antibiótico por 2 dias, febre, tosse pouco produtiva, cefaleia e cervicalgia posterior, admitida em nosso serviço deambulando, inicialmente estável no 5  dia de evolu o do quadro, relatando dor torácica pleurítica paraesternal   direita com piora com o decúbito e melhora em posi o sentada. Eletrocardiograma inicial: ritmo sinusal, 88 bpm, infradesnvelamento de segmento PR e supradesnvelamento de segmento ST em paredes inferior e lateral. Exames laboratoriais com discreta leucocitose e bastonemia, eleva o de lactato, acentuada eleva o de troponina 6329ng/dL (Normal < 19ng/dL). Enquanto aguardava a realiza o de exames de imagem apresentou rápida deteriora o clínica, com hipotensão sintomática melhorando parcialmente com infusão de volume. Ecocardiograma (ECO) evidenciando disfun o grave do VE (FE de 27%), acentuada hipocinesia difusa e leve derrame pericárdico. Após início de dobutamina e noradrenalina houve melhora clínica e da disfun o do VE. Enquanto aguardava transferência para unidade cardio-intensiva evoluiu com intensa piora clínica, havendo eleva o de lactato e troponina (15428ng/dL). Repetido ECO 16 horas após admissão na unidade: disfun o grave do VE   despeito de dobutamina e derrame pericárdico leve   moderado sem sinais de tamponamento cardíaco. Em unidade cardio-intensiva apresentou duas paradas cardíacas revertidas, instalou-se oxigena o por membrana extra-corpórea (ECMO), corticoterapia e infusão de imunoglobulina. Manteve-se com grave disfun o sistólica do VE sendo submetida a transplante cardíaco 5 dias após admissão inicial com excelente evolu o clínica.

Conclusão: A relevância deste caso fundamenta-se na raridade e intensa gravidade da MF com necessidade de suporte circulatório (ECMO) e transplante cardíaco em curto período de tempo



Kociol RD, Cooper LT, Fang JC, et al. Recognition and Initial Management of Fulminant Myocarditis: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2020;141(6):e69-e92.