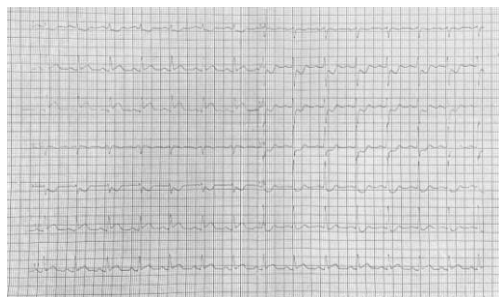


PAULO GUSTAVO AGUIAR DE OLIVEIRA – UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ); LOURENÇO RAPOSO TORRACA (UERJ); LARISSA PARADA LEITE (UERJ); MARIA EDUARDA MORGADO DA SILVA (UERJ); BEATRIZ COSTA MONTEIRO (UERJ); BARBARA ANDRADE DE LIMA (UERJ); BRUNO REZNIK WAJSBROT (UERJ).

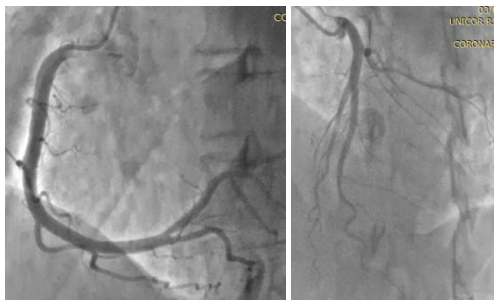
## 57210 - IAM COM CORONÁRIAS NORMAIS EM PACIENTE COM CARDIOPATIA REUMÁTICA

**Introdução:** A febre reumática e a cardiopatia reumática crônica são complicações não supurativas da faringoamigdalite causada pelo Estreptococo beta-hemolítico do grupo A e decorrem de resposta imune tardia a esta infecção em populações geneticamente predispostas. A mais temível manifestação é a cardite, que responde pelas sequelas crônicas.

**Relato do caso:** Feminino, 49 anos, passado de amigdalite de repetição e tonsilectomia. Sem fatores de risco para doença aterosclerótica. Há 2 anos com queixa de cansaço aos esforços moderados a intensos. Internação prévia há 2 meses em UPA devido a infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST em DII, DIII e aVF, não trombolisado. Alta com dupla antiagregação e estatina.



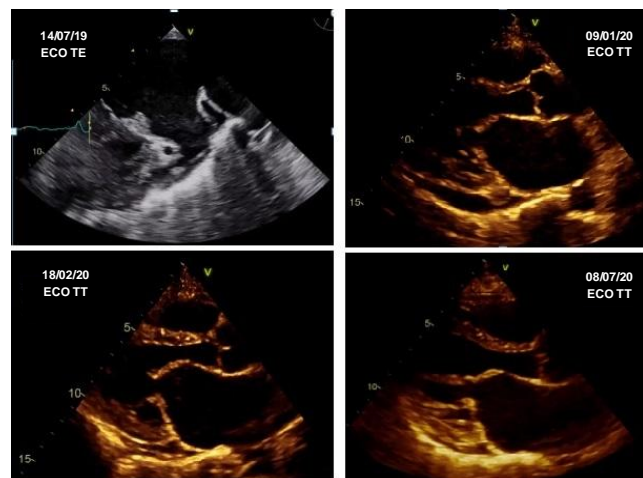
Eletrcardiograma da admissão



Coronariografia após 25 dias da SCACSST

Após 35 dias, reinterna em UPA devido à febre 38,2 °C (apenas à admissão), dispnéia e “sopro cardíaco”. Ecocardiograma transtorácico (ETT) seguido do transesofágico (ETE), com valva mitral reumática, imagem aditiva em folheto mitral anterior, móvel, de 1,4 cm, além de trombo em auriculeta esquerda. Área

valvar 1,3 cm<sup>2</sup>. Volume atrial esquerdo: 80 ml/m<sup>2</sup>. Função sistólica do VE preservada. Iniciado terapia empírica para Endocardite Infecciosa (EI) (Vancomicina e Ceftriaxone) além de enoxaparina plena. Transferida para Hospital Universitário Pedro Ernesto após 3 dias, sem febre ou leucocitose, apesar de VHS 104 e PCR 48. Antibioticoterapia foi suspensa devido à baixa suspeita de EI, com hemoculturas após



48 horas, negativas. ETT e ETE seriados sem evidência de trombo em auriculeta e redução evolutiva do tamanho da imagem móvel em folheto mitral. ASLO: 400 UI/ml. Após 30 dias, VHS 8 mm e PCR 0. Alta hospitalar com varfarina, betabloqueador, furosemida e Penicilina Benzatina de 3/3 semanas.

**Discussão:** Diagnóstico etiológico de IAM com coronárias normais é um desafio. O ecocardiograma pós-IAM é fundamental não só para avaliação ventricular sistólica e segmentar, mas também como ferramenta chave na etiologia, capaz de definir terapêutica específica e prevenir novos eventos. A recorrência de cardite reumática é mais frequente em jovens, porém pode ocorrer em adultos, principalmente quando a profilaxia não é realizada.