

AUTOR: Vitor Moreira Alvarenga, HFAG. CO-AUTORES: Juliana Vieira Lima Alta Alvim, HFAG; Luciana Nagata Hidewo, HFAG; Diego Pena Desterro e Silva, HFAG; Rafael Antunes Vilarino, HFAG; João Luiz Frighetto, HFAG; Guilherme Cesar Souto dos Santos, HFAG; André Luis Pais Moreira, HFAG; Diogo Amaral e Silva, HFAG; Carla Oliveira Monteiro da Silva, HFAG; e Lislely Riano da Silva Pestana, HFAG.

## 57348 Miocardite Lúpica com Apresentação de Choque Cardiogênico e Instabilidade Elétrica

**Introdução:** o acometimento cardíaco pelo Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) pode envolver suas três camadas, sendo a pericardite a manifestação mais frequente, responsável por mais da metade dos pacientes. Apesar de mais rara, em torno de 10% dos portadores de LES, a miocardite lúpica apresenta uma apresentação clínica variada e pode evoluir para insuficiência cardíaca grave em cerca de 5% dos casos. Seu diagnóstico muitas vezes é difícil, com a maioria motivada por suspeição clínica adequada e poucos confirmados por biópsia endomiocárdica.

**Relato de Caso:** paciente feminina, 65 anos, portadora de HAS, doença arterial coronariana estável, com revascularização miocárdica incompleta prévia e LES em acompanhamento regular com uso adequado das medicações. Vinha em término de tratamento para colite infecciosa, sendo admitida na Emergência após quatro episódios de síncope.

Ao ser monitorizada, inicialmente se registrou bradicardia com FC de 41bpm (Fig.1), seguido de

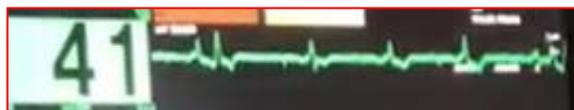


Fig.1

taquicardia ventricular sustentada com instabilidade (Fig.2). Submetida prontamente à cardioversão e transferida para o CTI.

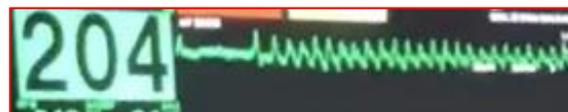


Fig.2

Apresentava-se cianótica, com turgência jugular e queixava-se de dispneia, com perfil hemodinâmico frio e úmido. ECG revelava bradicardia sinusal e QT longo e enzimas marcadoras de necrose positivas, além de lactato elevado. Ecocardiograma revelava disfunção moderada do VE, com déficit segmentar novo em região apical e látero-apical. Foi iniciada dobutamina e promovida intubação orotraqueal, sendo a paciente levada à coronariografia, a qual não revelou novas lesões, com pontes pèrveas.

Optado por pulsoterapia, havendo resposta clínica favorável, com extubação e retirada de inotrópicos em 48h, com progressão gradual de terapêutica para IC. Após 15 dias foi submetida a RNM cardíaca que evidencia função global preservada com realce tardio não transmural nos segmentos látero-apicais e infero-látero-mediais, com área de fibrose estimada em 3% (Figs. 3 e 4). Um mês após é avaliada no ambulatório,

em classe funcional NYHA I, com ECO-TT evidenciando FSVE global e segmentar preservadas.

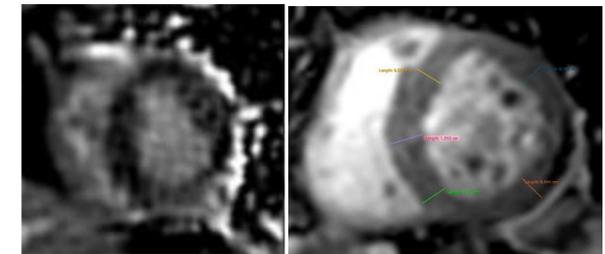


Fig.3

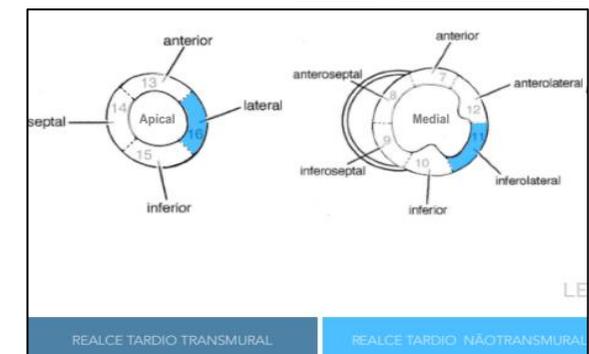


Fig. 4

**Discussão:** o caso retrata uma paciente em choque cardiogênico e instabilidade elétrica por miocardite lúpica com boa evolução clínica e recuperação da função do VE após tratamento com altas doses de corticoides, imunossupressores e suporte intensivo adequados, sem uso de imunoglobulinas.