



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

UFRJ

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
RESIDÊNCIA MÉDICA EM CARDIOLOGIA**

DANIEL MOREIRA DA COSTA LEITE

**MIOCARDITE PÓS-VIRAL SIMULANDO SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM
PACIENTE COM HISTÓRIA FAMILIAR POSITIVA**

RIO DE JANEIRO

2024

DANIEL MOREIRA DA COSTA LEITE

**MIOCARDITE PÓS-VIRAL SIMULANDO SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM
PACIENTE COM HISTÓRIA FAMILIAR POSITIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) apresentado junto ao Programa de Residência Médica em Cardiologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Cardiologista. Relato de caso também apresentado no 41º Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro (SOCERJ) em 30 / 04 / 2024.

ORIENTADOR: Dr. Roberto Muniz Ferreira

AUTORES: Daniel Moreira da Costa Leite¹, Lara de Moura Leite¹, Andréa Tavares de Alencar¹, Cristina Maria Sousa de Almeida¹, Pedro Paulo Nogueres Sampaio^{1,2}, Juliano Carvalho Gomes de Almeida^{1,2}, Roberto Muniz Ferreira^{1,2}

INSTITUIÇÕES: (1) Instituto do Coração Edson Saad/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL, (2) Hospital Samaritano/Botafogo, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL

RIO DE JANEIRO

2024

INTRODUÇÃO

A miocardite é uma condição clínica de difícil diagnóstico. A sua apresentação heterogênea e a necessidade de exames complementares nem sempre disponíveis comprometem a estimativa da real incidência da condição, não claramente conhecida. O curso da doença e prognóstico varia de acordo com a sua apresentação, podendo acarretar desde sintomas brandos e autolimitados, até quadros exuberantes similares à síndrome coronariana aguda (SCA), com dor retroesternal, troponina positiva e alterações eletro e ecocardiográficas sugestivas de isquemia, podendo deixar sequelas significativas no coração.

Ainda, quando o quadro clínico de miocardite mimetiza SCA, a diferenciação do quadro se torna ainda mais desafiadora. Na suspeita de SCA, em acordo com a Diretriz Brasileira de Miocardites da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2022, se faz mandatório o estudo anatômico, seja com cineangiocoronariografia ou angiotomografia de coronárias (Figura 1). Após avaliação da anatomia e descartada SCA, além de avaliação comprehensiva do histórico médico, manifestações clínicas e exames complementares, a ressonância magnética cardíaca proporciona vantagem significativa na detecção de alterações miocárdicas, menos sensível apenas que a biópsia miocárdica, o padrão ouro no diagnóstico de miocardite. Porém, a realização da biópsia é um procedimento sabidamente invasivo e com inúmeras complicações associadas, indicado apenas em casos específicos quando a gravidade ou refratariedade da condição se sobreponem aos riscos relacionados com a intervenção.

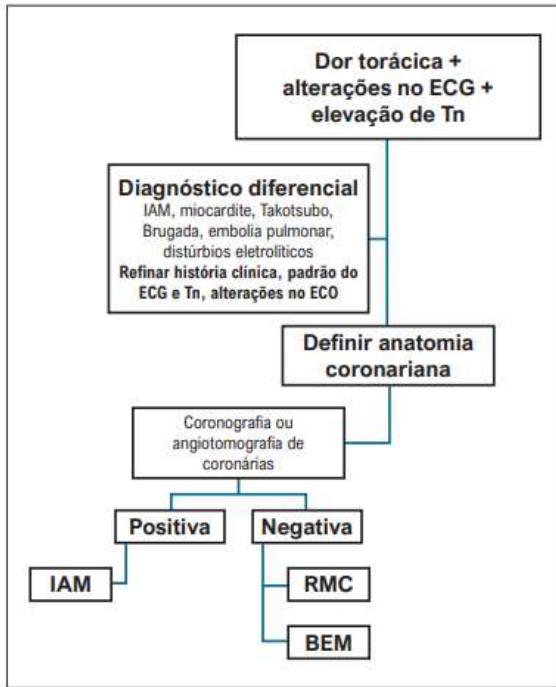


Figura 1: Diagnóstico diferencial de dor torácica: IAM versus miocardite. BEM: biópsia endomiocárdica; ECG: eletrocardiograma; ECO: ecocardiograma; IAM: infarto agudo do miocárdio; RMC: ressonância magnética cardíaca; Tn: troponina (Retirado da Diretriz de Miocardites da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2022).

CASO CLÍNICO

Homem, 55 anos, pré-diabético, com pai e irmão falecidos de infarto do miocárdio aos 48 anos e 39 anos, respectivamente, acordou com dor retroesternal em queimação, não cessando com analgésico e ansiolítico, motivando ida à emergência. Seu exame físico e sinais vitais não apresentavam maiores alterações. Entretanto, apresentou curva de troponina positiva (quatro vezes acima do valor de referência) e ECG sem supradesnívelamento do segmento ST, motivando internação para estratificação. O ecocardiograma transtorácico demonstrou função biventricular preservada sem alterações segmentares e o paciente manteve estabilidade clínica até realização de cineangiocoronariografia, que não mostrou lesões coronarianas obstrutivas (Figura 2).

Em seguida, foi optado pela realização de ressonância magnética cardíaca, não apenas motivada pela estratificação diagnóstica em progresso de MINOCA (infarto miocárdico com artérias coronárias não obstruídas), mas pelo relato de síndrome gripal autolimitada cinco dias antes da apresentação da dor. Ao exame, apresentou realce mesocárdico em região ífero-basal lateral, com apenas 2% de fibrose, desencadeados por provável miocardite viral (Figura 3).

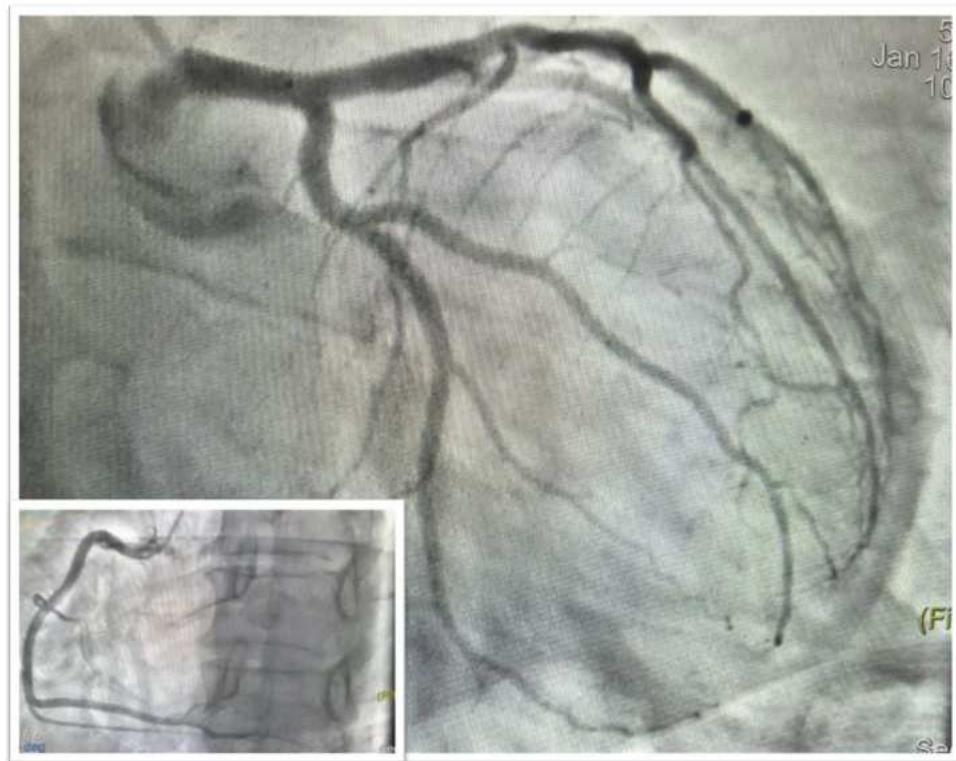


Figura 2: Cineangiografia coronária exibindo ausência de lesões obstrutivas, tanto em coronária esquerda e seus ramos (principal), assim como na coronária direita (canto inferior direito).



Figura 3: Ressonância magnética cardíaca exibindo realce mesocárdico em região ínfero-basal lateral (seta amarela), sugestiva de miocardite viral.

O paciente não apresentou outros sintomas durante a internação, recebendo alta hospitalar com orientações sobre mudanças de estilo de vida, sem necessidade de medicações específicas.

CONCLUSÃO

O quadro fortemente sugestivo de SCA sem supradesnivelamento do segmento ST, associada à história familiar marcante motivou a estratificação invasiva do quadro. Embora infecções virais respiratórias também estejam associadas à SCA, a ausência de obstrução coronariana levantou a possibilidade de MINOCA ou miocardite. A ressonância magnética cardíaca representa um exame fundamental nesses casos, pela sua capacidade de diferenciação entre as principais etiologias potencialmente envolvidas. Além disso, devido à apresentação variada de miocardite, uma anamnese detalhada é essencial na contemplação do seu diagnóstico, para que a investigação seja conduzida de forma adequada.

REFERÊNCIAS

MONTERA, Marcelo Westerlund et al. Diretriz de miocardites da sociedade brasileira de cardiologia–2022. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 119, n. 1, p. 143-211, 2022.

PACHECO, Christine et al. Canadian Cardiovascular Society/Canadian Women's Heart Health Alliance Clinical Practice Update on Myocardial Infarction With No Obstructive Coronary Artery Disease (MINOCA). Canadian Journal of Cardiology, v. 40, n. 6, p. 953-968, 2024.

SHYAM-SUNDAR, Vijay et al. Management of acute myocarditis: a systematic review of clinical practice guidelines and recommendations. European Heart Journal-Quality of Care and Clinical Outcomes, p. qcae069, 2024.

WRITING COMMITTEE MEMBERS et al. 2021
AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR guideline for the evaluation and diagnosis of chest pain: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology, v. 78, n. 22, p. e187-e285, 2021.