

1_2 - Doença Orovalvar e Febre Reumática

Infarto embólico do miocárdio em paciente com endocardite infecciosa

ALINE P STERQUE, CRISTINA REGIA LAPENDA W, JÚLIO C D NIGRO, THAIS C R PORTO, DULCE R R P LESSI, GUILHERME LAVAL, HUMBERTO VILLACORTA J.

Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Introdução: A embolização séptica como causa de infarto agudo do miocárdio é complicação rara na evolução clínica da endocardite infecciosa (EI). Apresentamos um caso em paciente jovem, com diagnóstico inicial de EI em tratamento, que evoluiu com dor precordial e supradesnivelamento de segmento ST.

Relato do Caso: MLS, negro, 32 anos, esteve internado há 4 meses com quadro de insuficiência renal crônica agudizada. Realizou hemodiálise (HD) durante a internação seguido de programa de terapia de substituição renal em caráter crônico. Durante as sessões de HD, realizadas ainda por cateter venoso profundo, passou a apresentar febre, tendo sido diagnosticada EI de válvula aórtica nativa. Após curso de antibioticoterapia prolongada e detecção de insuficiência aórtica grave foi submetido a troca valvar aórtica em 17/12/09, com implante de prótese biológica. Várias tentativas durante internação de realização de fistulas arteriovenosas sem sucesso. Durante permanência hospitalar, apresentou novo quadro de EI em prótese biológica aórtica com isolamento de *Staphylococcus spp* (coagulase negativa) em hemocultura e ponta de cateter de diálise, além de ecocardiograma transesofágico que evidenciava imagem sugestiva de vegetação móvel em face ventricular do anel protético. Iniciado então novo esquema de antibiótico. Em 25/01/10, após 8 dias de início do tratamento, apresentou quadro de forte dor precordial com ECG que evidenciava corrente de lesão subepicárdica em parede anterior extensa. Submetido a cineangiocoronariografia que evidenciou calibrosa artéria descendente anterior, ocluída em terço médio e presença de extensa falha de enchimento compatível com material embólico, sem aterosclerose detectável nos demais segmentos. Evolui com instabilidade clínica, com insuficiência ventricular esquerda de difícil compensação e febre mantida. No dia 27/01/10 apresentou novo quadro de dor precordial e nova alteração eletrocardiográfica (novo supradesnível do segmento ST em parede anterior), com evolução para taquicardia ventricular e óbito no dia 30/01/10.

Tromboembolia pulmonar, forame oval patente e múltiplos acidentes vasculares cerebrais isquêmicos.

HENRIQUE PATRUS MUNDIM PENA, HENRIQUE HORTA PETRILLO, JORDANE BORGES, MARCOS ROBERTO DE SOUSA, CARLOS EDUARDO ORNELAS, EDUARDO CARDOZO LIMA, MÁRCIO VINÍCIUS LINS DE BARROS, MARCOS ALMEIDA MAGALHÃES ANDRADE JUNIOR.

Hospital Mater Dei Belo Horizonte MG BRASIL.

Introdução: em pacientes com Tromboembolia Pulmonar (TEP), a presença de Forame Oval Patente (FOP) aumenta a probabilidade de morte e complicações tromboembólicas. O FOP, presente em até 25% da população, tem sido reconhecido como fator de risco para embolização paradoxal e, recentemente, associado a Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) em idosos. Descrevemos um caso onde houve a associação TEP-FOP-AVCI, discutimos a fisiopatologia e a abordagem clínica. **Relato do caso:** paciente masculino, 80 anos, história pregressa de hipertensão arterial e AVCI occipital há 3 anos, considerado criptogênico. Atendido no Serviço de Urgência apresentando taquidispnéia, parestesia em membro superior direito e disfasia. Havia sido submetido, 2 semanas antes, a hernioplastia incisional abdominal. **Propedêutica:** Gasometria mostrou hipoxemia e hipocapnia. Ressonância magnética de encéfalo: imagem compatível com AVCI em múltiplos focos (cerebelar E, Tálamo E, Parietal e Occipital D) e seqüela lobo occipital D. Angio-TC Tórax: imagem de trombo em cavaleiro em tronco de Arteria Pulmonar. Doppler: Trombose Venosa Profunda (TVP) em MID. Ecocardiograma: dilatação de VD e hipertensão pulmonar (PSAP= 61 mmHg). Eco-transesofágico com microbolhas: presença de FOP, com shunt D-E. **Tratamento realizado:** oxigenioterapia, heparina de baixo peso molecular. **Evolução:** Houve remissão da dispnéia, reversão da hipoxemia, melhora do déficit neurológico. ECO controle mostrou regressão da Hipertensão Pulmonar. **Seguimento até 12 meses:** paciente estável clinicamente, em tratamento com anticoagulante oral.

Conclusão: Documentamos a ocorrência de diagnósticos concomitantes de TVP/TEP e múltiplos AVCI, em paciente portador de FOP. Atribuímos aos AVCI o mecanismo da Embolização Paradoxal. A presença de FOP representa um maior risco de complicações tromboembólicas em pacientes acometidos por TEP, merecendo investigação diagnóstica e estudos prospectivos