

538

**Cardiomiopatia hipertrófica apical com acometimento associado de ventrículo direito**

CRISTIANE DE CARVALHO SINGULANE, MARIANA PIMENTEL PASTOR, AUGUSTO DIAS SARDILLI e JULIO MASSAO ITO FILHO

Hospital de Base, São José do Rio Preto, SP, BRASIL.

**Introdução:** A cardiomiopatia hipertrófica apical (CMHAp) – Doença de Yamaguchi, é uma doença familiar de caráter autossômico dominante de baixa prevalência. O maior envolvimento é o da ponta do ventrículo esquerdo (VE), ocorrendo em 99% dos casos. Raramente acomete o ventrículo direito (VD) e até 44% dos pacientes são assintomáticos. O diagnóstico se baseia principalmente no achado de onda T negativa profunda ao eletrocardiograma e obstrução de ponta ao ecocardiograma. Das cardiomiopatias hipertróficas é a de melhor prognóstico quando comparada com as assimétricas. Porém, quando associada ou isolada à ponta do VD, o prognóstico é sombrio. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente com CMHAp com disfunção biventricular. **Relato de Caso:** Paciente masculino 33 anos, branco, previamente hígido, com história familiar de CMHAp (mãe tem doença documentada, já apresentando insuficiência cardíaca congestiva), admitido por Flutter Atrial com instabilidade hemodinâmica. Obteve reversão para ritmo sinusal após cardioversão elétrica. O eletrocardiograma mostrava sinais de sobrecarga atrial e o ecocardiograma hipertrofia médioapical do VD com hipertrofia importante da banda moderada e função contrátil do VE normal. A Ressonância do Miocárdio evidenciou cardiomiopatia hipertrófica assimétrica médioapical do VE nos segmentos septais, dilatação das câmaras atriais, rebaixamento da função diastólica do VD estimada em 26%, com área de fibrose junto a inserção da parede de VD. Em seguimento ambulatorial há 8 meses, em uso de beta bloqueador e assintomático. **Discussão:** Quando a doença de Yamaguchi acomete VD é em geral sintomático com palpitações, dispnéia ou dor torácica. Relatamos o envolvimento da ponta do VD em um homem, sem alterações eletrocardiográficas típicas, com sinais de restrição diastólica, aumento das câmaras atriais e flutter atrial. Estudos apontam que aproximadamente 30% dos pacientes com CMHAp apresentam eventos morbidos, com destaque para a fibrilação atrial (FA) e o infarto agudo do miocárdio. A FA indica o aumento da resistência ao enchimento ventricular e estágio mais avançado da doença. **Conclusão:** O envolvimento isolado ou associado do VD apresenta evolução mais grave, com pior prognóstico, diferenciando daqueles com acometimento restrito a ponta do VE.

539

**Miocardite pós-infecção urinária apresentando-se como síndrome coronariana aguda**

IVAN LIMBERGER, GUILHERME DAGOSTIN DE CARVALHO, STEFANO BUSATO e FERNANDO PIVATTO JÚNIOR

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.

**Introdução.** Miocardite é uma doença inflamatória do miocárdio, eventualmente associada ao acometimento conjunto do pericárdio. Na maioria dos casos, resulta de infecções virais comuns, mas também de outros agentes etiológicos, bem como doenças sistêmicas e/ou autoimunes, agentes tóxicos e hipersensibilidade a medicamentos. Neste relato, descreveremos o caso de um paciente que apresentou miopericardite após infecção urinária. **Relato de caso.** Homem, 24 anos, procurou emergência com relato de disúria, dor lombar alta à direita, náuseas, vômitos e febre não aferida. Apresentava sinais vitais estáveis e exame físico normal. Coletado exame qualitativo de urina com identificação de piúria, nitrito e esterase leucocitária, sendo iniciado tratamento ambulatorial com ciprofloxacino. Após três dias, iniciou com dor torácica retroesternal em aperto irradiada para membro superior esquerdo que o fez procurar novamente atendimento. Foi realizado eletrocardiograma, identificando-se supradesnivelamento do segmento ST em parede inferior. Iniciado manejo farmacológico para síndrome coronariana aguda e solicitado transferência para hospital com serviço de hemodinâmica disponível. Conduzido para cineangiografiografia, a qual revelou coronárias isentas de lesões ateromatosas significativas. Nos exames laboratoriais, observava-se troponina I de 17,63ng/mL (normal < 0,16) e proteína C reativa (PCR) de 90mg/L (normal < 5). No dia seguinte, apresentou febre, sem queixas adicionais. Pela suspeita clínica de miopericardite, foi submetido à ressonância magnética cardíaca, confirmando a hipótese aventada (presença de edema, realce precoce e tardio em parede inferior e pericárdio). Paciente apresentou boa evolução após início de anti-inflamatórios, sem desenvolvimento de disfunção sistólica, com queda nos níveis de troponina I e PCR. Uroculturas e hemoculturas negativas (solicitadas em vigência de antibioterapia). Paciente teve alta com diagnóstico de miopericardite após infecção do trato urinário, recebendo anti-inflamatório e antibiótico por 10 dias. **Conclusão.** Relatos de casos de miocardite após infecção urinária são escassos, com apenas cinco casos até o momento, todos secundários à *Escherichia coli*. Uma explicação plausível para essa associação é o poder invasivo e de produção de toxinas pelos seus diversos gêneros.

540

**Síndrome coronária aguda como manifestação inicial de leucemia mielóide**

FABIO QUARTIERI ALVES, MAURICIO GONCZY NUNES BASTOS, THIAGO ANDRADE DE MACEDO e LEONARDO DA CUNHA MARTINS

Hospital TotalCor, São Paulo, SP, BRASIL.

**Introdução:** A associação entre infarto agudo do miocárdio (IAM) e leucemia mielóide aguda (LMA) é rara. A LMA tipo M3 é a mais frequentemente associada com IAM, cujo mecanismo fisiopatológico envolve infiltração leucêmica no miocárdio/pericárdio, efeito da terapia antineoplásica, desordem da coagulação, hemorragia ou oclusão coronária por trombo. Descrevemos o caso de um paciente cuja presença de síndrome coronária aguda foi a manifestação inicial de LMA. **Descrição:** Paciente de 42 anos, masculino, apresentou dor torácica súbita, 9:10, irradiada para região cervical, sudorese e dispneia. O eletrocardiograma demonstrou supradesnivelamento do segmento ST em parede antero-lateral. Recebeu tratamento clínico inicial para IAM com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST). Coronariografia demonstrou trombo em artéria descendente anterior determinando oclusão em segmento médio-distal; artéria coronária direita e artéria circunflexa sem lesões. Não havia evidência angiográfica de aterosclerose. Realizado angioplastia com balão e infusão de tirofiban por 48 horas. O ecocardiograma transtorácico demonstrou fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 0,45 (Simpson) e acinesia antero-apical. Durante a internação o paciente relatou tosse, fadiga, febre e nódulos cervicais. Os exames laboratoriais demonstraram pancitopenia (Hemoglobina: 7,4g%, Leucócitos: 31770/mm3 e Plaquetas: 112.000/mm3). Foi avaliado por Hematologista, com suspeita clínica de LMA. O mielograma (79,2% de blastos e 1% de monócitos) e a imunofenotipagem (CD13, CD34 e HLA-DR+) confirmaram o diagnóstico sendo LMA subtipo M2. O paciente recebeu alta com boa evolução clínica e encontra-se em tratamento regular com a Hematologia. **Discussão:** É de conhecimento geral a associação entre LMA e IAM, sendo o subtipo mais relacionado o M3, podendo ocorrer mais raramente em outras variantes como no caso acima. O principal mecanismo fisiopatológico do IAM na vigência de leucemias agudas é a formação de trombos, associado a ausência de placas ateroscleróticas na angiografia. O tratamento deve ser baseado na terapia padrão para cada subtipo de leucemia, evitando assim a recorrência de tromboembolismos. **Conclusão:** Embora rara, a associação acima deve ser lembrada em pacientes com IAMCSST, principalmente em pacientes jovens, sem fatores de risco para doença coronária e sem evidência de aterosclerose.

541

**Infarto agudo do miocárdio em adolescente: relato de caso.**

VINÍCIUS V MAGALHÃES, PAULO J B BARBOSA, JOBERTO PINHEIRO SENA e JOSE CARLOS RAIMUNDO BRITO

Hospital Santa Izabel, Salvador, BA, BRASIL.

O infarto agudo do miocárdio (IAM), uma das principais causas de morte em todo o mundo, é um evento incomum em jovens. Relatos de séries de pacientes com idade inferior a 45 anos, mostram que a doença aterosclerótica, particularmente em indivíduos com fatores de risco agregados, persiste como uma importante causa. Todavia, em pacientes sem fatores de risco e naqueles mais jovens, causas não ateroscleróticas predominam. Neste relato, descrevemos o caso de um adolescente de 14 anos, previamente hígido, com história de dor precordial típica, associada a sudorese e náuseas. Chegou à emergência 1 hora após início dos sintomas, sendo inicialmente administrados dipirona e ondansetrona, com relato de melhora. O recrudescimento dos sintomas motivou investigação complementar, que evidenciou alterações eletrocardiográficas compatíveis com síndrome coronariana aguda com supra de ST em parede infero-látero-dorsal, e elevação dos marcadores de lesão miocárdica, quando então foi administrada terapia específica (AAS, clopidogrel e nitrato). O paciente foi transferido para um serviço de referência de cardiologia e deu entrada no laboratório de hemodinâmica 10 horas após início de sintomas. O cateterismo cardíaco (CATE) revelou oclusão distal do ramo pósterolateral de artéria circunflexa e grande trombo no segmento médio de artéria descendente anterior (fluxo TIMI III) e no 2º ramo diagonal, além de disfunção segmentar à ventriculografia. Diante dos achados do CATE, foi optado por administração de tirofiban, AAS, clopidogrel e anticoagulação plena com enoxaparina sódica, além do uso de inibidor de enzima conversora de angiotensina e betabloqueador. Após 5 dias foi realizado ecocardiograma transesofágico, que evidenciou forame oval patente, com shunt bidirecional, além de melhora importante de disfunção segmentar evidenciada previamente. O novo CATE evidenciou resolução completa dos achados coronariográficos descritos anteriormente. Evoluiu desde a admissão assintomático, com planejamento de investigação ambulatorial de trombofilia, em uso de clopidogrel, marevan, lisinopril e metoprolol.