

MIOCARDITE AGUDA: RELATO DE CASO

ACUTE MYOCARDITIS: CASE REPORT

ALINE DE SOUZA RIBEIRO¹, CLARISSA BRETAS MORAIS¹, POLLYANNA ANTONIA DUARTE VITOR¹, LAURA JUNQUEIRA CAIXETA CALAZANS FERREIRA^{2*}

1. Residente de Medicina Intensiva do Hospital Márcio Cunha; 2. Médica integrante do corpo clínico do Hospital Márcio Cunha.

* Avenida José Barcelos, 697, Bethânia, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-069. laurajunqueira@live.com

Recebido em 27/06/2024. Aceito para publicação em 05/07/2024

RESUMO

A miocardite aguda é uma doença inflamatória do coração, ocorrendo em virtude de infecções, exposição a substâncias tóxicas e consequente ativação do sistema imunológico. Dada a relevância da temática, o presente estudo se propõe a apresentar o caso de um paciente com miocardite aguda após amigdalite bacteriana, assim como discutir o curso clínico, as anormalidades laboratoriais dessa doença e o seu manejo eficaz. A presente proposta possui caráter qualitativo, observacional, retrospectivo e ocorreu em um hospital filantrópico no interior de Minas Gerais, no período de 20 de janeiro a 15 de fevereiro de 2024. Foi analisado o prontuário de um paciente do sexo masculino com 55 anos de idade atendido no hospital. A conclusão do estudo permitirá o estabelecimento do curso clínico, das anormalidades laboratoriais dessa doença e do seu manejo eficiente.

PALAVRAS-CHAVE: Biópsia endomiocárdica; cardiomiopatias; doença inflamatória do miocárdio.

ABSTRACT

Acute myocarditis is an inflammatory disease of the heart, occurring as a result of infections, exposure to toxic substances and consequent activation of the immune system. Given the relevance of the topic, the present study aims to present the case of a patient with acute myocarditis after bacterial tonsillitis, as well as discuss the clinical course, laboratory abnormalities of this disease and its effective management. This proposal has a qualitative, observational, retrospective nature and took place in a philanthropic hospital in the interior of Minas Gerais, from January 20 to February 15, 2024. The medical records of a male patient aged 55 were analyzed. Completion of the study will allow the establishment of the clinical course, laboratory abnormalities of this disease and its efficient management.

KEYWORDS: Endomyocardial biopsy; Cardiomyopathies; Inflammatory myocardial disease.

1. INTRODUÇÃO

Das cardiomiopatias, a miocardite é uma doença inflamatória do miocárdio desencadeada por uma extensa gama de causas, incluindo agentes infecciosos, como vírus ou bactérias, e fatores não infecciosos, como estímulos do sistema imunológico por meio de vacinas, terapias contra o câncer e uso de medicamentos^{1,2}. Entre as formas infecciosas de miocardite, os vírus são a causa

mais frequente, contudo, infecções por patógenos não virais, como bactérias, parasitas e cardite reumática autoimune pós-estreptocócica ainda são etiologias recorrentes¹. Em tempos passados o diagnóstico de miocardite era apoiado na biópsia endomiocárdica, realizada sobretudo em pacientes com risco moderado ou alto de complicações¹.

Na sua forma aguda ocorre a liberação de mediadores agressivos ao miócito, por consequência disso há necrose, perda da estrutura e função do tecido miocárdico³. A depender do cenário e histórico clínico do paciente, a miocardite pode gerar consequências que irão variar entre insuficiência cardíaca, cardiomiopatia, necessidade de assistência circulatória mecânica, aplicação de marca-passo ou até mesmo transplante cardíaco³.

Em circunstâncias em que há o aumento de marcadores de necrose miocárdica, quando não é identificada isquemia por quadro clínico, eletrocardiograma ou exames de imagem, o profissional deve diagnosticar como lesão miocárdica aguda, e não Infarto Agudo do Miocárdio⁴. Os marcadores originam-se de diversas causas cardíacas incluindo miocardite e arritmias, ou de causas extracardíacas como choque ou seps⁴.

Em determinados indivíduos em que há elevação dos níveis de troponina, mesmo na ausência de obstrução coronariana e demais manifestações clínicas de infarto, podem ser classificados como portadores de TINOCA (do inglês, *troponin-positive nonobstructive coronary arteries*). Outros têm lesão de causa isquêmica, conhecido como MINOCA (do inglês, *myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries*) e as demais causas de lesão miocárdica não isquêmica, são classificadas como miocardite ou síndrome de Takotsubo⁴.

Para pacientes com suspeita de Síndrome Coronariana Aguda, a prática padrão como primeira ferramenta diagnóstica é o eletrocardiograma de doze derivações, com o intuito de verificar a presença de oclusão coronariana aguda. Nestes casos é necessário interpretar os resultados ainda no atendimento pré-hospitalar ou em até 10 minutos após a admissão hospitalar⁴. Alterações do segmento ST e da onda T são inespecíficos para a Síndrome Coronariana Aguda Sem Supra de ST, podendo ocorrer em diversas condições, como pericardite, miocardite e disfunção metabólica⁴.

Embora a quantificação dos níveis de troponinas seja estabelecida como marcador de lesão miocárdica, ela por si só é incapaz de identificar o agente responsável pela lesão, com a possibilidade de serem múltiplos⁴.

Sua avaliação diagnóstica ocorre, primeiramente, por meio da suspeição clínica, em conjunto com métodos diagnósticos não invasivos, como a ressonância magnética do miocárdio⁵. Contudo, caso o procedimento não seja capaz de atestar o diagnóstico, a confirmação será somente pela análise histológica obtida pela biópsia endomiocárdica do ventrículo direito⁵. Na prática clínica, a maioria dos diagnósticos de miocardite é por suspeita diagnóstica, uma vez que apenas a minoria dos indivíduos com suspeita de miocardite é submetida a investigação por biópsia endomiocárdica para confirmar a agressão inflamatória (Figura 1)⁵.

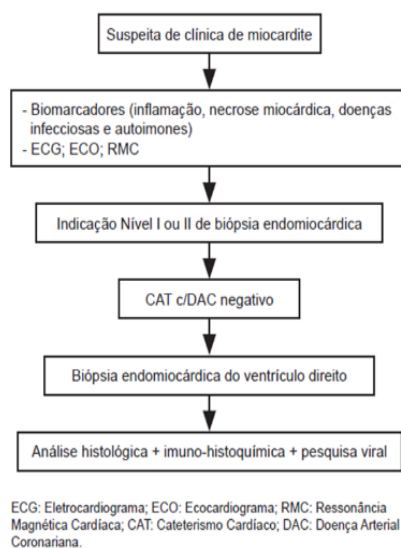


Figura 1. Fluxograma da avaliação diagnóstica da miocardite. **Fonte:** Montera *et al.* (2013)⁵.

Os sintomas da miocardite podem variar amplamente, desde formas subclínicas, como dilatação e disfunção ventricular sem sintomas aparentes, até sintomas agudos graves, incluindo insuficiência cardíaca descompensada, choque cardiogênico, dor no peito semelhante à doença coronariana, palpitações, síncope, lipotimia e até morte súbita⁵. Pacientes com dor torácica aguda podem apresentar sintomas semelhantes à angina, com clínica que se assemelham aos de uma síndrome coronariana aguda, incluindo alterações no eletrocardiograma (ECG) e aumento dos marcadores de necrose miocárdica. Em casos de envolvimento epimiocárdico, também podem manifestar características indicativas de pericardite⁵. Outras formas de apresentação clínica são quadro de insuficiência cardíaca aguda, arritmias ventriculares e atriais, choque cardiogênico e óbito⁵.

Os princípios imprescindíveis para o manejo da miocardite são o cuidado eficaz da arritmia e do coração e, quando sustentado por evidências, terapia direcionada à causa⁶. Dessa forma, é necessária restrição quanto à prática de atividade física na fase aguda da miocardite até que a doença esteja completamente controlada⁶.

2. CASO CLÍNICO

Trata-se de paciente do sexo masculino, 55 anos, admitido no pronto socorro com quadro de dor precordial iniciada há 40 minutos. Caracterizada do tipo aperto e queimação, com irradiação para dorso e mandíbula. Histórico de consulta recente devido a artralgia e febre sendo levantada hipótese de arbovirose. Portador de hipertireoidismo em uso de tapazol. Negava tabagismo e etilismo. Ao exame físico apresentava hiperemia e placas em amígdalas. Ausculta pulmonar e cardiovascular sem alterações. Eletrocardiogramas de admissão sem alterações isquêmicas, revisão laboratorial evidenciou troponina elevada: 3138,22mg/dL.

Solicitado vaga em leito de terapia intensiva e iniciado protocolo de síndrome coronariana aguda sem supra de ST, além de antibioticoterapia para amigdalite. Levantada as hipóteses de infarto agudo do miocárdio, endocardite e miocardite.

Dos exames solicitados o ecocardiograma apresentava função sistólica preservada, sem déficits segmentares ou sinais de endocardite. Realizado então cateterismo cardíaco o qual não evidenciou nenhuma lesão coronariana.

Paciente manteve estabilidade clínica durante internação recebendo alta hospitalar após 8 dias de internação em uso de anti-hipertensivos sendo suspenso dupla antiagregação plaquetária.

3. DISCUSSÃO

A miocardite é uma doença com manifestações clínicas diversas, podendo transitar entre formas subclínicas e formas graves, como sintomas de insuficiência cardíaca descompensada.

No presente relato, o paciente apresentou sintomas típicos de síndrome coronariana aguda associado a infecção bacteriana, levando à hipótese de miocardite, com necessidade de realização de cateterismo e exclusão de obstrução coronariana.

Apesar dos sintomas anginosos, o ecocardiograma transtorácico realizado mostrou força contrátil preservada, sem alterações significativas e o paciente evoluiu de forma satisfatória, sendo necessário apenas o ajuste de anti-hipertensivos para uso domiciliar.

4. CONCLUSÃO

A miocardite aguda é uma condição clinicamente desafiadora devido à sua apresentação heterogênea e amplas manifestações clínicas, variando desde formas assintomáticas até risco iminente de vida pela morte súbita.

É essencial o conhecimento acerca da doença, a fim de proporcionar identificação adequada e manejo correto em tempo hábil.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Hospital Márcio Cunha pela oportunidade de realizar esse estudo de prontuário.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Basso C. Myocarditis. *New England Journal of Medicine*. 2022; 387(16):1488-1500.
- [2] Gianini M W, Siqueira EC. Uma abordagem geral da miocardite aguda. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2023; 23(3):e12569-e12569.
- [3] Nunes V de SO, *et al.* Miocardite em pacientes adultos pós-COVID. *Research, Society and Development*. 2022; 11(16):e37111637675.
- [4] Nicolau JC, *et al.* Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST–2021. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2021; 117:181-264.
- [5] Montera MW, *et al.* I Diretriz brasileira de miocardites e pericardites. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2013; 100:01-36.
- [6] Caforio ALP, *et al.* Current state of knowledge on a etiology, diagnosis, management, and therapy of myocarditis: a position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *European Heart Journal*. 2013.