

COMPLICAÇÕES MECÂNICAS DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

ID do trabalho: 24866

Michelly Cruvinel Dal Pai Sandri

HOSPITAL ANGELINA CARON

Thammy Lethicia de Sousa Silveira

HOSPITAL ANGELINA CARON

Thábata Thalita de Sousa Silveira

HOSPITAL ANGELINA CARON

Luís Henrique de Godoi Machado

HOSPITAL ANGELINA CARON

Thiago Lima Cavalcante

HOSPITAL ANGELINA CARON

Marcos Aurelio Rodrigues dos Santos

HOSPITAL ANGELINA CARON

Carlos Alberto Kenji Nakashima

HOSPITAL ANGELINA CARON

INTRODUÇÃO

Complicações após o infarto são de ruptura de parede livre, ruptura de musculo papilar e defeito do septo ventricular. E as complicações aneurismáticas, podendo ser pseudoaneurisma e aneurisma.

CASO CLÍNICO

Paciente V.D.D, 80 anos, masculino, aposentado, portador de hipertensão arterial sistêmica, DM2, coronariopata, submetido a cirurgia de revascularização em 2019 (artéria Mamária interna esquerda para artéria Descendente anterior). Em uso de Carvedilol, AAS, Sinvastatina, Furosemida, Espironolactona e Metformina. Nega tabagismo e etilismo. Início sintomas após morte da esposa, há três semanas, caracterizado por dor torácica, tipo aperto, com irradiação ao dorso, intermitente, intensidade variável, evoluindo com cianose periférica, edema em membros inferiores bilateral, dispneia progressiva aos médios esforços, ortopneia, o que motiva consulta. Familiar nega atendimento médico prévio, por associar quadro clínico ao luto. Exame físico, anictérico, afebril, sudorético, pele pálida, fria e húmida. Sinais vitais: PA: 96/58 mmHg; FC: 75 bpm; SpO2 93% ar ambiente. Aparelho cardiovascular: rítmico, bulhas cardíacas hipofonéticas, com sopro holossistólico 6/6+, localizado na borda esternal esquerda, com presença de frêmito. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular presente, estertores crepitantes em terço médio bilateral. Abdômen sem particularidades. MMII: edema 3/4+, bilateral, tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos. Eletrocardiograma ritmo sinusal, área inativa em parede inferior. Marcadores de necrose miocárdica negativos para isquemia; Ecodopplercardiograma com hipertrofia excêntrica e função sistólica preservada do ventrículo esquerdo, regurgitação moderada da valva tricúspide, presença de CIV muscular apical. Na cinecoronariografia artéria circunflexa com lesões de 95% em terço distal, seguido de oclusão. Ventriculografia evidenciando grande aneurisma em ventrículo direito. Realizado correção cirúrgica com fechamento de CIV muscular apical com patch de pericárdio bovino com sucesso, e uma redução no tamanho do aneurisma, mas sem reconstrução do mesmo.

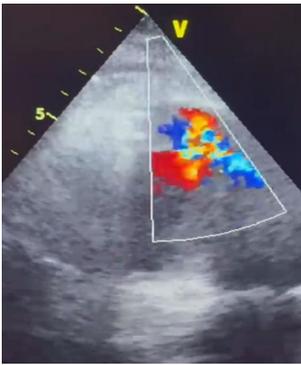


Figura1: Comunicação intraventricular.



Figura2: Aneurisma (imagem à esquerda), e fístula (imagem à direita).

CONCLUSÃO:

O caso aqui apresentado torna-se relevante por tratar-se de um paciente idoso pós evento isquêmico com complicação grave mecânica: comunicação interventricular muscular apical. Paciente evolui bem após correção cirúrgica da correção do CIV e redução do aneurisma do VE. Apesar das altas taxas de mortalidade, o caso demonstra que diagnóstico e o tratamento adequados podem reduzir as taxas levando um desfecho favorável.

Palavras-chave

COMUNICAÇÃO INTRAVENTRICULAR

Ao submeter este resumo, o autor confirma que todos os coautores concordam e aprovaram a versão final do resumo e que seus dados de nome e instituição são acurados.

De acordo

Prêmio Destaque Cardiologia da Mulher - Ao optar por concorrer a este prêmio, o autor confirma que seu tema livre tenha enfoque primário nas doenças cardiovasculares ou cerebrovasculares em mulheres. Isto inclui diferenças entre os sexos neste tópico.