



**RELATO DE CASO
UTI PEDIÁTRICA
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA**



Congresso Paulista de Medicina Intensiva

Cardiomiopatia por origem anômala de artéria coronária como simuladora de miocardite infecciosa: relatos de dois casos

Camila Oliveira Aguiar Correia (Hospital Barão de Lucena – HBL – Recife, PE), Luziene Alencar Bonates dos Santos (Hospital Barão de Lucena – HBL –, Recife, PE), Luiz Gabriel de Oliveira Correia (Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES-PE – Recife, PE), Gabriela Eustáchio Dalia (Hospital Barão de Lucena – HBL –, Recife, PE)

RESUMO PARA SUBMISSÃO

Máx. 350 palavras

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com área cardíaca aumentada costuma ter, pela epidemiologia, investigação voltada para miocardite infecciosa. Contudo, cardiomiopatia por anomalias congênitas arteriais coronarianas – potencialmente fatal e demandante de tratamento bastante distinto – deve permanecer em vistas do médico.

RELATO-1

Paciente do sexo masculino, de quatro meses de idade, com dispneia havia seis dias, foi admitido por febre e SRAG. À radiografia de tórax, apresentava área cardíaca aumentada. RT-PCR para SARS-CoV-2 resultou não detectável. Foram coletados hemoculturas, swabs retal e nasal (posteriormente, negativos), e iniciada antibioticoterapia empírica.

Por área cardíaca aumentada e melhora clínica parcial após antibioticoterapia, aventou-se hipótese de miocardite infecciosa. Ecocardiograma transtorácico (ECO-TT) – além de disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (VE) com fração de ejeção de 31% – revelou origem anômala da artéria coronária esquerda (ACE) a partir do tronco pulmonar. Com diagnóstico de insuficiência cardíaca (IC) secundária à cardiomiopatia por origem anômala da ACE, indicou-se abordagem cirúrgica, apresentando boa resposta e mantendo seguimento ambulatorial.

RELATO-2

Paciente do sexo feminino, de três meses de idade, com coriza e tosse havia um dia, foi admitida por SRAG, evoluindo com parada cardiorrespiratória, que foi revertida após intubação orotraqueal. Radiografia de tórax revelava extenso velamento à esquerda e aumento de área cardíaca. RT-PCR para SARS-CoV-2 resultou não

detectável. Coletaram-se hemoculturas e *swab* retal (posteriormente, negativos), e iniciou-se antibioticoterapia empírica.

Com fisioterapia respiratória, houve melhora radiográfica, atribuindo-se quadro à atelectasia por obstrução. Contudo, manteve elevada necessidade de assistência ventilatória. Por área cardíaca aumentada, aventou-se hipótese de miocardite infecciosa. ECO-TT revelou câmaras esquerdas dilatadas, disfunção sistólica do VE e origem anômala da ACE a partir da artéria pulmonar. Por diagnóstico de IC secundária à cardiomiopatia dilatada por origem anômala da ACE, indicou-se abordagem cirúrgica, durante a qual faleceu.

COMENTÁRIOS

Conhecidas desde os anos 1960 e com prevalência de 0,2%, as anomalias congênitas das artérias coronárias, quando sintomáticas, são importante diagnóstico diferencial da miocardite infecciosa. Embora possam ser necessários métodos dispendiosos, o diagnóstico, nos casos relatados, pôde ser firmado através do ECO-TT, o que permitiu terapêutica mais precoce e bom desfecho em um dos relatos.