

Relato de Caso – Hemodinâmica

Infarto agudo do miocárdio em adolescente: relato de caso



Vinícius Vieira Magalhães¹, Paulo José Bastos Barbosa¹, Daniela Ladeia Sena¹,
Marcelo Ferreira¹, Bruno Macedo Aguiar¹, Joberto Pinheiro Sena¹, José Carlos
Raimundo Brito¹.

Palavras-chave: infarto agudo do miocárdio, infarto em jovens, trombofilia, forame oval patente
Keywords: acute myocardial infarction, infarction in young, thrombophilia, patent foramen ovale

INTRODUÇÃO

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma das principais causas de morte em todo o mundo. Embora mais frequente em grupos de faixas etárias mais avançadas, ocorre também em jovens, com fatores de risco, padrão de envolvimento coronariano e prognóstico distintos. Neste segmento, embora a doença aterosclerótica persista como uma importante causa, outras etiologias devem ser necessariamente investigadas.

CASO CLÍNICO

Paciente LLLP, 14 anos, masculino, estudante, natural e procedente de Salvador, com relato de dor precordial intensa em aperto, súbita, em repouso, iniciada às 23h do dia 29/03/16, associada à sudorese, palidez e náuseas. Admitido em outro serviço de emergência 45 minutos após início de quadro, com precordialgia contínua e episódio de vômito, quando foram administrados sintomáticos (dipirona e ondansetrona) com melhora da dor. Negou tabagismo, etilismo e uso de drogas. Referiu diagnóstico de rinite alérgica e uso de Montelukaste há duas semanas. Negou uso de outros medicamentos e comorbidades.

Ao exame físico, paciente estava em bom estado geral, lúcido, eupneico. PA: 90/62mmHg, pulso: 84bpm, rítmico, cheio. Sem sinais de congestão pulmonar ou outras alterações em ausculta respiratória. O precórdio era calmo, com ictus em 5°, espaço intercostal em linha medioclavicular. Bulhas normofonéticas em dois tempos, sem sopros. O eletrocardiograma (ECG) realizado poucos minutos após a chegada demonstrou supradesnivelamento do segmento ST de parede pósteroinferior, sendo então administrados medicamentos para síndrome coronariana aguda e solicitada transferência para o Hospital Santa Izabel (HSI). Admitido em laboratório de hemodinâmica do HSI, aproximadamente 10 horas após o início dos sintomas, sendo então realiza-

da coronariografia (CATE), que 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 (Figura 1), além de disfunção segmentar à ventriculografia. Diante dos achados do CATE, foi optado por administração de inibidor da glicoproteína IIB/IIIa (tirofiban) e manutenção de AAS, clopidogrel e anticoagulação plena com enoxaparina sódica, além do uso de inibidor de enzima conversora de angiotensina e betabloqueador. Foi realizado também ecocardiograma transtorácico, que corroborou disfunção segmentar evidenciada em ventriculografia, com fração de ejeção (FE) de 48% e detecção de insuficiência mitral moderada.

Após 5 dias em uso dos medicamentos supracitados, foi realizado ecocardiograma transesofágico (ECO TE), que evidenciou forame oval patente, com shunt bidirecional, além de melhora importante de disfunção segmentar demonstrada previamente (FE: 59%). O novo CATE evidenciou resolução completa dos achados coronariográficos descritos anteriormente (Figura 2), além de ponte miocárdica em segmento médio de artéria descendente anterior. Paciente evoluiu desde a admissão assintomático, com planejamento de investigação ambulatorial de trombofilias. Recebeu alta em uso de succinato de metoprolol, lisinopril, clopidogrel, AAS e marevan.

Mantém acompanhamento ambulatorial regular, com INR em faixa terapêutica neste período. Até o presente momento, obtivemos resultado parcial de investigação de trombofilias. A pesquisa de mutação do fator V de Leyden, mutação do gene da protrombina, antitrombina III, proteína antigênica S livre, proteína C funcional, fator de von Willebrand, auto anticorpos cardiolipina IgG e IgM, FAN e fibrinogênio, revelou todos os resultados normais. Aguardamos a conclusão da investigação para definir a eventual necessidade de oclusão percutânea do forame oval patente.

DISCUSSÃO

Esse caso caracteriza bem a apresentação do IAM em jovem. Um paciente de 14 anos, sem comorbidades, fatores de risco ou história familiar, se apresenta com quadro típico de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de segmento ST (IAMCSST). Encaminhado a um serviço de referência de cardiologia, realizou avaliação coronariográfica, que demonstrou oclusão de segmento distal de artéria circunflexa e imagem sugestiva de trombo em segmento médio de artéria descendente anterior, sendo optado por realização de inibidor de glicoproteína IIB/IIIa por 5 dias, além dos outros medicamentos citados, apresentando evolução favorável com a estratégia terapêutica empregada.

Há divergência na literatura acerca da definição de IAM em jovens. A divisão de faixas etárias mais comumente empregada utiliza idade inferior a 45 anos. Nesse grupo, séries de casos encontram incidência em torno de 7-8%^{1,2}, e de 2% em idade inferior a 35 anos³. Tabagismo, dislipidemia, sexo masculino e história familiar constituem os fatores de risco mais frequentemente identificados^{1,4}.

A causa aterosclerótica predomina não só em idosos, mas também entre os jovens. Uma série de casos de pacientes de 18-30 anos, com síndrome coronariana aguda, obteve 63% de causa aterosclerótica e os outros 37% de diversas causas como trombofilia hereditária com e sem forame oval patente, uso de cocaína, doença de Kawasaki, febre familiar mediterrânea e êmbolos por endocardite infecciosa⁴. A anomalia congênita, assim como a dissecação de artérias coronárias também podem se apresentar como um IAM em pacientes jovens. No caso apresentado, foi evidenciado forame oval patente, sem diagnóstico prévio de trombofilias ou história de uso de cocaína. O uso recreacional de drogas constitui um risco conhecido para isquemia coronária. Além de induzir vasoespasmos tanto em artérias normais como doentes, a cocaína parece possuir um efeito pró-aterosclerótico, sendo observada maior incidência de IAM em grupos que fazem uso regular, comparado a quem faz uso esporádico⁵.

O padrão de lesões angiográficas também difere entre as faixas etárias. O IAM em pacientes jovens normalmente acomete um único vaso, que na maioria das vezes é a artéria coronária descendente anterior, com acometimento predominantemente multivascular em pacientes de faixa etária superior^{4,6}. Séries de casos que analisaram pacientes jovens submetidos à angiografia após IAM demonstraram uma incidência relativamente

alta de coronárias normais^{7,8}, chegando a 18%⁸. A exata fisiopatologia do IAM nesses casos é ainda desconhecida, com hipóteses sugerindo oclusão temporária do vaso relacionado ao infarto por trombo, espasmos ou uma combinação destes⁸. O paciente apresentado teve envolvimento de mais de uma coronária, além de ter sido identificada forame oval patente ao ECO TE e ponte miocárdica no cateterismo cardíaco. Estima-se que pontes miocárdicas estejam presentes em cerca de um terço dos adultos e estão mais comumente localizadas em segmento médio de artéria coronária descendente anterior⁹. O prognóstico a longo prazo desses pacientes é bom, com estudos mostrando ausência de óbitos cardiovasculares em até 11 anos de acompanhamento¹⁰, sugerindo um comportamento benigno deste achado.

Pacientes jovens com IAM constituem um grupo distinto com uma mortalidade intra-hospitalar extremamente baixa e um bom prognóstico em um ano¹. Como o IAM em jovens é um evento incomum, a amostra de pacientes estudada acaba sendo pequena, tornando difícil a avaliação de séries. Embora seja um evento raro, constitui um importante problema com grande impacto psicossocial para o paciente e familiares, assim como um desafio para o médico. Diante das múltiplas possibilidades etiológicas, a condução dos casos de IAM em jovens deve sempre ser individualizada.

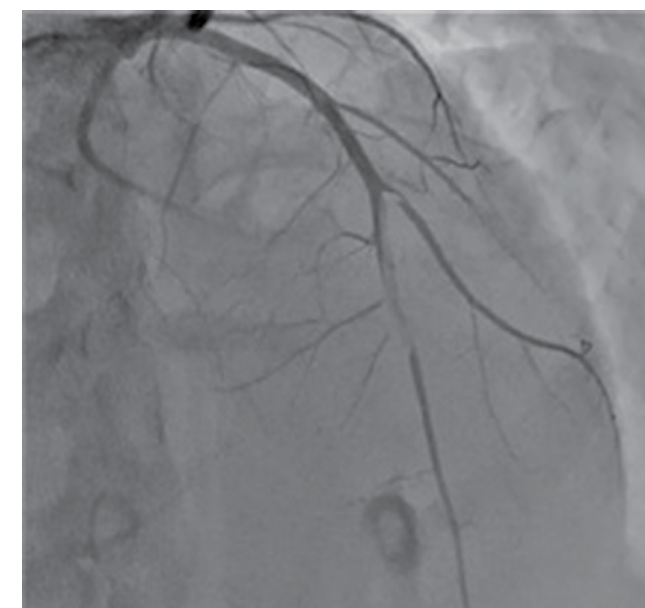


Figura 1 - Oclusão distal do ramo pósterolateral de artéria circunflexa e grande trombo no segmento médio de artéria descendente anterior - fluxo TIMI III - e no 2º ramo diagonal.

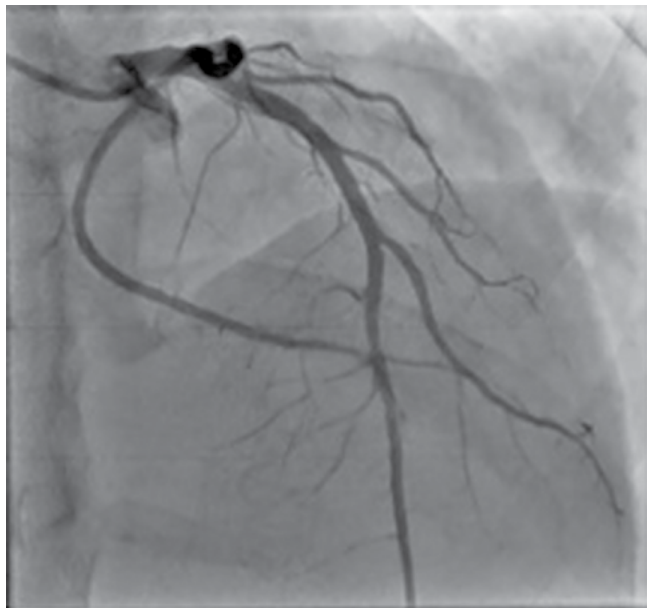


Figura 2 - Resolução completa dos achados coronariográficos prévios.

REFERÊNCIAS

1. Hoit BD, Gilpin EA, Henning H, Maisel AA, Dittrich H, Carlisle J, et al: Myocardial infarction in young patients: An analysis by age subsets. *Circulation* 1986; 74: 712–721
2. Morillas P, Bertomeu V, Pabon P, Ancillo P, Bermejo J, Fernandez C, et al. Characteristics and outcome of acute myocardial infarction in young patients. The PRIAMHO II study. *Cardiology*. 2007;107(4):217–25.
3. Wolfe MW, Vacek JL. Myocardial infarction in the young. Angiographic features and risk factor analysis of patients with myocardial infarction at or before the age of 35 years. *Chest*. 1988;94(5):926–30
4. Puricel S, Lehner C, Oberhänsli M, Rutz T, Togni M, Stadelmann M, et al. Acute coronary syndrome in patients younger than 30 years—etiologies, baseline characteristics and long-term clinical outcome. *Swiss Med Wkly*. 2013;143:w13816.
5. Qureshi AI, Suri FK, Guterman LR, et al. Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the third national health and nutrition examination survey. *Circulation*. 2001;103:502–506.
6. Zimmerman FH, Cameron A, Fisher LD, et al. Myocardial infarction in young adults: Angiographic characteristics, risk factors and prognosis, coronary ar-

tery surgery study register (CASS). *J Am Coll Cardiol* 1995;26:654.

7. Thompson SI, Vieweg WVR, Alpert JS, Hagen AD: Incidence and age distribution of patients with myocardial infarction and normal coronary arteriograms. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1997; 3: 1–9

8. Lindsay J Jr, Pichard AD: Acute myocardial infarction with normal coronary arteries. *Am J Cardiol* 1984; 54: 902–904

9. Möhlenkamp S, Hort W, Ge J, et al. Update on myocardial bridging. *Circulation* 2006;106:2616.

10. Juillière Y, Berder V, Suty-Selton C, et al. Isolated myocardial bridges with angiographic milking of left anterior descending coronary artery: a long-term follow-up study. *Am Heart J*. 1995;129:663–665.

1- Serviço de Cardiologia do Hospital Santa Izabel

Endereço para correspondência:

vinnievieira@hotmail.com.br