

Do resfriado à miocardite: desafios da atenção primária

Carolina Bellaguarda Romani Corrêa Pompermajer¹
Cynthia Goulart Molina Bastos²

1-3 Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil *endereço para correspondência E-mail: cpompermajer@hcpa.edu.br

Introdução

Sintomas respiratórios são frequentes em inúmeras doenças cardíacas e pulmonares. O diagnóstico etiológico realizado pela sintomatologia e histórico médico do indivíduo auxilia na diferenciação de pessoas saudáveis que apresentam processos inflamatórios agudos com origem infecciosa daqueles que apresentam sintomas lentos, insidiosos associados a problemas cardiológicos/respiratórios prévios. Todavia, apresentar um caso de baixa prevalência e com apresentação de difícil diagnóstico demonstrando a importância da longitudinalidade em um serviço de APS. Nesse estudo, observamos que LMS, feminina, 54 anos, previamente hígida, vem em consulta com queixa de dispneia e fadiga no dia 16/05, com história de infecção respiratória com febre, vômitos, tosse e congestão nasal em abril e com uso de antibioticoterapia por 3 dias que recebeu de vizinha. Solicitado hemograma sem alterações e radiografia de tórax com infiltrado intersticial em ambos pulmões, espessamento de cissuras e brônquios, volume cardíaco nos limites da superioridade. Iniciado levofloxacino 750mg e prednisona 20mg durante 5 dias. Evoluiu com piora sintomática, solicitado D-dímeros e provas inflamatórias, ambos normais. Novo radiografia de tórax sem alterações comparadas ao último. Teleatendimento realizado no dia 24/05, iniciado teste terapêutico com furosemida 40mg. Tomografia de tórax com aumento ventricular esquerdo, líquido pericárdico com edema intersticial por congestão e/ou sobrecarga hídrica e derrame pleural à direita. Paciente retornou no dia 29/05 com agravamento de dispneia - estertores bilaterais em ausculta pulmonar, sem edema visível ou turgência jugular. Realizado ECG com taquicardia sinusal e bloqueio de ramo esquerdo. Foi encaminhada para emergência, onde realizou ecocardiograma com FE16%, disfunção sistólica global grave e alta probabilidade de hipertensão pulmonar por miocardite viral.

Conclusão

A rápida evolução de dramática sintomatologia da paciente chamou atenção para a heterogeneidade da doença - sendo 30% das miocardites graves causadoras de insuficiência cardíaca com prognóstico reservado. É evidente que a longitudinalidade e acesso ao serviço da APS muda o curso de doenças complexas e potencialmente fatais.

Palavras-chave: Miocardite; Atenção Primária à Saúde; Insuficiência Cardíaca

Referências

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Set 2018; 111(3): 436–539.
Cestari, VRF, Garces, TS, Sousa, GJB, Maranhão, TA. Distribuição Espacial de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Brasil, 1996-2017. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Jan 2022; 118(1): 41–51.
Jameson, JL; Fauci, AS, Kasper, DL. Medicina interna de Harrison. São Paulo: Grupo A; 2019.

