

Título: Miocardiopatia hipertrófica septal como etiologia de dor torácica importante: Relato de caso.

Autores: Maria Luísa Pinheiro e Silva, Gabrielle Cristina Raimundo, Joana Wagner Schury, Anna Sophia Schweitzer Hermes Rosa, Ana Carolina Caldara Barreto.

Introdução: A hipertrofia do septo interventricular pode ser observada em até 10% dos pacientes sem cardiomiopatia hipertrófica, sendo mais prevalente em idosos e hipertensos. A hipertrofia septal apresenta comprometimento do relaxamento do ventrículo esquerdo (VE), e comprometimento funcional do átrio esquerdo. Assim, a hipertrofia septal pode ser um marcador precoce de doença cardíaca hipertensiva.

Objetivos: Identificar a hipertrofia septal como diferencial de dor torácica importante.

Método: Relato de caso.

Descrição do caso: Feminina, 74 anos, hipertensa, revascularizada há 1 ano por lesão severa no tronco coronária esquerda, foi admitida na emergência, com quadro de angina instável há 7 dias, dor em ombros que irradia para mandíbula e tórax anterior, associado a dispneia aos pequenos esforços. Submetida ao cateterismo, que mostrou anastomoses pérvias e sem novas lesões. Ecocardiograma identificou câmaras cardíacas com dimensões normais, aumento da espessura do septo interventricular (1,3 cm) e fluxo turbulento de saída do VE com gradiente de 100 mmHg. Ressonância magnética confirmou hipertrofia do septo médio-basal e ausência de fibrose miocárdica. No período de internação, apresentou episódio de dor torácica intensa, alteração inespecífica de repolarização ventricular e bloqueio divisional ântero-superior. Observou competição de fluxo importante da anastomose da artéria mamária interna esquerda com descendente anterior, que possivelmente associada à hipertrofia septal de obstrução de saída seja a etiologia da dor torácica. Optado por alcoolização septal eletiva e acompanhamento ambulatorial.

Conclusões:

A presença e o grau de obstrução da hipertrofia influenciam a apresentação sintomática, as estratégias de tratamento e o prognóstico dos indivíduos acometidos. A terapia com bloqueadores beta-adrenérgicos e bloqueadores dos canais de cálcio é a principal estratégia de

tratamento. Quando a dispneia aos esforços, dor torácica e síncope se mostrarem refratárias e houver obstrução persistente, estratégias de redução septal (miectomia ou ablação septal) são eficazes. As diretrizes diferem entre as estratégias de tratamento, entretanto a ablação septal confirmou eficácia a longo prazo com sobrevida livre de eventos cardíacos superior a 96% em 15 anos. Assim, a hipertrofia septal interventricular importante associada a competição de fluxo após cirurgia de revascularização do miocárdio mostraram ser a origem da dor torácica importante no caso acima.

Referências:

1. Douglas Jr JS. Current state of the roles of alcohol septal ablation and surgical myectomy in the treatment of hypertrophic obstructive cardiomyopathy. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*. 2020 Feb;10(1):36–44.
2. Loncaric F, Nunno L, Mimbbrero M, Marciniak M, Fernandes JF, Tirapu L, et al. Basal Ventricular Septal Hypertrophy in Systemic Hypertension. *The American Journal of Cardiology* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2023 Jul 5];125(9):1339–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32164912/>
3. Veselka J, Anavekar NS, Charron P. Hypertrophic obstructive cardiomyopathy. *The Lancet*. 2017 Mar;389(10075):1253–67.
4. Yalçın F, Yalçın H, Küçükler N, Arslan S, Akkuş O, Kurtul A, et al. Basal Septal Hypertrophy as the Early Imaging Biomarker for Adaptive Phase of Remodeling Prior to Heart Failure. *Journal of Clinical Medicine* [Internet]. 2021 Dec 24 [cited 2023 Jun 29];11(1):75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35011816/>