

Título: Miocardite idiopática e tromboembolismo pulmonar maciço: Relato de caso.

Autores: Jasmine Truppel Simas, Gabrielle Cristina Raimundo, Anna Sophia Schweitzer Hermes Rosa, Lilian Volpato Legat, Daniel José da Silva Filho.

Palavras chaves: Tromboembolismo Pulmonar, Miocardite idiopática; Arritmia ventricular.

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) abrange casos assintomáticos até a formas graves como TEP maciço, caracterizado por dispnéia súbita, taquipneia, segunda bulha cardíaca aumentada, taquicardia e hipotensão. A dessincronização ventricular e a ativação neuro-humoral resultam em hipotensão e instabilidade hemodinâmica, exigindo uma abordagem diagnóstica e terapêutica de emergência.

Objetivos: Descrição da apresentação grave de TEP associado ao comprometimento cardíaco e arritmia ventricular.

Método: Relato de caso.

Descrição do caso: Mulher, 50 anos, admitida na emergência com dispnéia súbita associada a hipotensão. História de extrassístoles há um ano, realizada viagem de avião nas últimas 72 horas e suspensão do anticoncepcional há 2 semanas. O eletrocardiograma apresentou padrão S1Q3T3. Angiotomografia mostrou TEP extenso bilateral, desde o tronco da artéria pulmonar até os ramos subsegmentares. Ecocardiograma revelou disfunção sistólica do ventrículo esquerdo, com fração de ejeção de 26%, devido à movimentação anômala do septo. Observados aumento das câmaras direitas, hipocinesia do ventrículo direito, discreta regurgitação das válvulas aórtica e tricúspide, e hipertensão pulmonar. Ecocardiograma Doppler mostrou trombose venosa aguda parcialmente recanalizada na veia poplítea esquerda. Iniciado tratamento com enoxaparina e trombólise, sem complicações e boa resposta ao Alteplase. Holter revelou batimentos ectópicos ventriculares monomórficos, batimentos isolados e bigeminismo e episódios de taquicardia ventricular não sustentada (TVNS). Ecocardiograma de controle mostrou funções sistólicas preservadas, movimento anômalo do septo e sinais indiretos de elevação da pressão pulmonar. Após anticoagulação, apresentou melhora da dispneia e recuperação da função cardíaca. No entanto, ainda havia arritmia extrassistólica e discreto fluxo interatrial, sugerindo a presença de forame oval patente. Angiotomografia após

1 mês mostrou resolução quase total do TEP. Não foram encontradas evidências de trombofilia ou reumatológicas.

Conclusões: O TEP maciço pode levar ao choque cardiogênico, risco de hipóxia persistente, arritmias e insuficiência ventricular. A presença de forame oval patente está associada com maior risco de complicações, incluindo embolização paradoxal e acidente vascular cerebral. O acompanhamento e controle dos fatores de risco são essenciais para evitar recorrências e complicações futuras.