

Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) pós-trauma torácico fechado

Nogueira, ALC¹; Carvalho,RRRCD¹; Miura,GM¹; Valente,GSS¹; Lopes, HB¹; Teixeira, JCAT¹; Castro, MB¹; Bittencourt, HNS²

RESUMO

¹Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais;
²Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Minas Gerais.

O trauma torácico fechado ocasionando oclusão arterial e conseqüente infarto agudo do miocárdio é evento raro, potencialmente fatal, particularmente se não reconhecido a tempo. Este trabalho apresenta o caso de um paciente de 25 anos de idade, sem fatores de risco para insuficiência coronariana aguda, que apresentou IAM após trauma torácico fechado. É discutida a abordagem inicial de pacientes com síndrome coronariana aguda, considerando-se de vital importância a inclusão desta entidade como diagnóstico diferencial em pacientes com dor precordial persistente após-trauma torácico fechado.

INTRODUÇÃO

O trauma torácico fechado, ocasionando oclusão arterial e conseqüente infarto agudo do miocárdio, é evento raro, potencialmente fatal, particularmente, se não reconhecido a tempo.¹⁻⁵

Este trabalho apresenta o caso de um paciente de 25 anos de idade, sem fatores de risco para insuficiência coronariana aguda, que apresentou IAM após trauma torácico fechado. É discutida a abordagem inicial de pacientes com síndrome coronariana aguda, considerando-se de vital importância a inclusão desta entidade como diagnóstico diferencial em pacientes com dor precordial persistente após-trauma torácico fechado.

RELATO DE CASO

Paciente de 25 anos de idade, previamente hígido, sem fatores de risco para doença arterial coronariana, com história de trauma direto sobre a região anterior do tórax, em decorrência de acidente automobilístico. Chegou ao Pronto Socorro com sinais vitais e exame neurológico normais. Queixava-se de dor moderada em região do trauma (precórdio) e dispnéia leve. Apresentava algumas escoriações leves em membros superiores. O estudo radiológico do tórax era normal. Foi mantido em observação, com melhora da dispnéia, entretanto, houve aumento da dor precordial, em caráter compressivo. Foi realizado eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações e coletado material para exame dos marcadores cardíacos de IAM. O ECG identificou segmento ST supradesnivelado em parede anterior. Observou-se, também, elevação das enzimas cardíacas (creatina-fosfoquinase total e fração e Troponina). A tomografia do tórax evidenciou contusão pulmonar à direita. O ecocardiograma revelou fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 51%, com discinesia em região apical anterior.

Endereço para correspondência:
mbarramed@gmail.com

O paciente foi admitido em protocolo para síndrome coronariana aguda, sendo inicialmente contra-indicado o uso de fibrinolíticos. Mantido em tratamento clínico com beta-bloqueador, inibidor da enzima conversora de angiotensina, ácido acetilsalicílico, clopidogrel e heparina não-fractionada. Transferido para centro hospitalar com hemodinâmica para realização de cineangiocoronariografia (Figura 1) e ventriculografia esquerda. Estes exames evidenciaram lesão oclusiva total em terço próxima da artéria descendente anterior e ventrículo esquerdo, com acinesia ântero-apical. Foi mantido sob observação clínica por 48 horas, sendo, a seguir, submetido à angioplastia primária (Figura 2), sem obtenção de sucesso neste procedimento. Evoluiu de forma estável, tendo recebido alta após 19 dias de internação, usando inibidor da enzima conversora de angiotensina, beta-bloqueador e anticoagulação com Warfarin para manter o RNI entre 2 e 3. Retornou em acompanhamento 20 dias após alta, sem queixas.



Figura 1 - Cineangiografia mostrando lesão oclusiva total em terço proximal da artéria descendente anterior

DISCUSSÃO

O IAM, como conseqüência de trauma torácico fechado, é evento raro de conseqüência, potencialmente, grave. O diagnóstico de IAM, associado ao trauma torácico, não é sempre procurado. A identificação desta associação é dificultada pela falha em

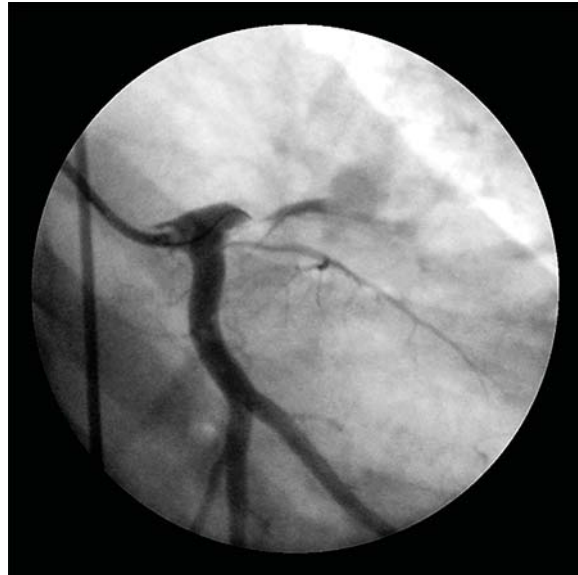


Figura 2 - PTCA mostrando não progressão do cateter e consequente falha na realização da angioplastia

sua determinação, lentidão ou em previsão de ocorrência. Os sintomas iniciais podem ser mascarados por outras lesões associadas ao trauma, como fraturas de costela, lesões pulmonares, dissecção aórtica ou tromboembolismo pulmonar. Os casos descritos na literatura mostram pacientes com dor torácica, em sua grande maioria, de natureza típica e com padrões eletrocardiográficos condizentes de IAM. O ECG é essencial na avaliação inicial de casos em que há suspeita de oclusão coronariana aguda pós-trauma fechado. Esta avaliação deve ser realizada juntamente com marcadores de IAM, particularmente, CPK, CK-MB e Troponina.

Os pacientes identificados com obstrução coronariana aguda devem ser prontamente tratados, em um centro de hemodinâmica.^{5,6} A utilização de fibrinolíticos está inicialmente contra-indicada pela alta incidência de dissecção de artéria coronária, como causa da obstrução aguda. Em estudos realizados em animais, o trauma torácico fechado pode resultar⁷ em oclusão de artérias coronárias livres de placas ateromatosas, devido à ruptura da íntima com formação de trombos subseqüentes, ou a formação de trombos sem ruptura associada.

CONCLUSÃO

O trabalho em sala de emergência requer a consideração da possibilidade do diagnóstico de IAM,

associado ao pós-trauma torácico fechado. Este diagnóstico deve ser sempre considerado como diagnóstico diferencial de pacientes vítimas de traumas com estas características, independente de sua intensidade. O ECG deve ser realizado logo, a fim de esclarecer o diagnóstico e possibilitar estabelecer a conduta mais adequada.

REFERÊNCIAS

1. Grozieux de Laguérienne N, Pretorian EM, Jaboureck O, Leroy F, Joly P. A case of chest trauma-induced acute myocardial infarction. *Ann Cardiol Angeiol. (Paris)* 2007; 56(5):211-5.
2. Riezzo I, Pomara C, Neri M, Rossi G, Fineschi V. Cardiac contusion: Ending myocardial confusion in this capricious syndrome. *Int J Cardiol.* 2007 Aug 13. [Epub ahead of print].
3. Vincelj J, Sokol I, Samodol A, Grubisić-Cabo R. Acute myocardial infarction following blunt chest trauma due to sea traffic accident. *Int J Cardiol.* 2007;121(1): e12-4.
4. Marcum JL, Booth DC, Sapin PM. Acute myocardial infarction caused by blunt chest trauma: successful treatment by direct coronary angioplasty. *Am Heart J.* 1996; 132(6):1275-7.
5. Calvo Orbe L, Garcia Gallego F, Sobrino N, Sotillo J, Lopez-Sendon JL, Oliver J, et al.. Acute myocardial infarction after blunt chest trauma in young people: need for prompt intervention. *Cathet Cardiovasc Diagn.* 1991; 24(3):182-5.
6. Vlay SC, Blumenthal DS, Shoback D, Fehir K, Bulkley BH.. Delayed acute myocardial infarction after blunt chest trauma in a young woman. *Am Heart J.* 1980; 100:907-16.
7. Sabbah HN, Mohyi J, Stein PD. Coronary arteriography in dogs following blunt cardiac trauma: a longitudinal assessment. *Cathet Cardiovasc Diagn.* 1988; 15:155– 63.