

Choque cardiogênico secundário a infarto agudo do miocárdio: relato de caso

Cardiogenic shock secondary to acute myocardial infarction: a case report

Fernanda Guieiro¹, Flávia Vitorino¹, Hérica Brito¹, Jemima Sant'Anna¹, Krisley Castro¹, Mariana Couy¹, Mariana Moraes¹, Monique Fioravante¹, Bernardo Lentz²

RESUMO

O choque cardiogênico é uma síndrome que cursa com hipoperfusão sistêmica causada por comprometimento da função miocárdica. Ocorre em aproximadamente 2,5% dos pacientes hospitalizados com infarto agudo do miocárdio (IAM) sem supradesnívelamento do segmento ST, e 5 a 8% dos casos de IAM acompanhado de elevação do segmento ST em registro eletrocardiográfico. A mortalidade associada a tal condição é elevada, de cerca de 50%. Relatamos aqui caso de paciente internada no Hospital Risoleta Tolentino Neves, em 5 de janeiro de 2012, com IAM, inicialmente manifesto apenas por episódios convulsivos. A paciente evoluiu rapidamente com instalação de choque cardiogênico, que foi revertido com administração de elevadas doses de aminas e hidrocortisona. Concluimos que apesar da gravidade do quadro de um IAM complicado por choque cardiogênico, a abordagem adequada e prontamente instituída pode melhorar o prognóstico e a chance de recuperação.

Palavras-chave: Choque Cardiogênico; Infarto do Miocárdio.

ABSTRACT

The cardiogenic shock is a syndrome that occurs with systemic hypoperfusion resulting from impairment of myocardial function. It occurs in approximately 2.5% of the hospitalized patients with acute myocardial infarction (AMI) without ST-segment elevation. Besides, in 5% to 8% of the AMI cases accompanied with ST-segment elevation as per ECG register. The mortality associated with such conditions is high, about 50%. Here, we report a case of a patient who was hospitalized in the hospital Risoleta Tolentino Neves on January 5th, 2012, with AMI initially manifested by convulsive episodes evolving quickly to a cardiogenic shock which was reversed by high doses of amines and hydrocortisone. Despite of the seriousness of an acute myocardial infarction (AMI) aggravated by a cardiogenic shock, we conclude that a prompt an adequate approach can therefore contribute to improve the prognosis and recovering chances.

Key words: Shock, Cardiogenic; Myocardial Infarction.

INTRODUÇÃO

Choque é a síndrome caracterizada pela incapacidade do sistema circulatório de fornecer oxigênio aos tecidos, levando à disfunção orgânica. O diagnóstico é feito a partir da detecção de sinais de hipoperfusão tecidual, como taquicardia, taquipneia, extremidades frias e sudoréticas, tempo de reenchimento capilar aumentado e oligúria em pacientes sem insuficiência renal prévia. A hipotensão pode estar presente, porém não é fundamental no diagnóstico. Apesar da sobreposição de mecanismos

¹ Acadêmicas do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Orientador – Clínico geral do Hospital Risoleta Tolentino Neves, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Hospital Risoleta Tolentino Neves
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Rua Pilar, 143, apto 101
Bairro: Grajaú
CEP: 30431-118
Belo Horizonte, MG – Brasil
E-mail: turmad4@yahoo.com.br

e apresentação clínica, os estados de choque podem ser classificados em hipovolêmico, cardiogênico, distributivo e obstrutivo.^{1,2}

Choque cardiogênico é caracterizado pela hipoperfusão sistêmica causada por comprometimento da função miocárdica, cuja etiologia é variável (cardiomiopatias, arritmias, miocardite, doença valvar grave, síndromes coronarianas agudas). Suas manifestações incluem hipotensão arterial sistêmica (pressão sistólica inferior a 90 mmHg ou redução superior a 30 mmHg nos níveis basais do paciente), possivelmente dispneia, dor torácica e taquicardia ou bradicardia, além de aumento da pressão de enchimento de ventrículo esquerdo acima de 15 mmHg e diminuição do índice cardíaco abaixo de 2,2 L/min/m².^{1,2}

Aproximadamente 2,5% dos pacientes hospitalizados com infarto agudo do miocárdio (IAM) sem supradesnivelamento do segmento ST³ evoluem para choque cardiogênico, sendo de 5 a 8% quando acompanhado de elevação do segmento ST em registro eletrocardiográfico.⁴ Outras condições relacionadas ao paciente associam-se a alto risco de desenvolvimento de choque, como: sexo feminino, idade avançada, história prévia de IAM, acidente vascular cerebral, disfunção de ventrículo esquerdo (VE), doença vascular periférica, *angina pectoris*, diabetes *mellitus*.^{1,2}

A mortalidade associada a choque cardiogênico é de cerca de 50%⁵, o que evidencia que o IAM complicado com choque cardiogênico constitui-se em condição dramática e por isso deve ser reconhecido o mais precocemente possível para instituição rápida de tratamento.

Este relato descreve paciente com IAM que evoluiu rapidamente para choque cardiogênico e, devido à instituição de tratamento clínico e de suporte adequados, teve boa recuperação clínica e hemodinâmica.

RELATO DO CASO

5 de janeiro de 2012,

RF, feminino, 57 anos de idade, com diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, em uso irregular de medicamentos, foi admitida no Hospital Risoleta Tolentino Neves, com relato de duas crises convulsivas nas 12 horas anteriores.

Apresentava-se alerta, orientada, acianótica, anictérica, corada e hidratada, pupilas isofotorreativas, sem alterações motoras. A tomografia computadorizada (TC) de crânio não evidenciou alterações significativas, sendo internada para propedêutica.

Houve em 24 horas piora clínica com dispneia, crepitações difusas em ambos os hemitórax, diaforese intensa e hipotensão arterial sistêmica. O eletrocardiograma demonstrou IAM inferodorsal com bloqueio atrioventricular (BAV) de alto grau e supra de ST, tendo sido colocado marcapasso transcutâneo, com melhora do ritmo. Foram iniciadas norepinefrina e dobutamina, com melhora parcial da hipotensão. Administrados estreptoquinase, AAS, clopidogrel e sinvastatina, sem critério de reperfusão em eletrocardiograma realizado uma hora após. Administrados ainda furosemida, morfina e nitroglicerina 3 mL/h e instalada pressão intra-arterial (PIA). Evoluiu com edema agudo do pulmão, sendo submetida à intubação orotraqueal. Houve agravamento do choque. Não foi possível realizar angioplastia primária.

Transferida para terapia intensiva após 48 horas de sua internação, quando apresentou bradicardia e duas paradas cardiorrespiratórias em assistolia, de três e cinco minutos, tendo sido implantado marcapasso transvenoso. Manifestou, ainda, episódio de taquicardia ventricular revertida com amiodarona. Foi instalado cateter de Swan-Ganz, cujos parâmetros sugeriram choque misto. O ecocardiograma evidenciou disfunção grave do VE (VE com acinesia inferior/inferolateral/septal, hipocinesia das demais paredes, fração de ejeção de VE 18%-Simpson, IM leve, ventrículo direito com hipocontratilidade acentuada da parede livre, PSAP = 42 cmHg). Foram administradas doses elevadas de norepinefrina, vasopressina e dobutamina e iniciada hidrocortisona.

Evoluiu com melhora progressiva e redução da dose de amins, tendo quatro dias depois apresentado ritmo cardíaco próprio, sem necessidade de marca-passo, que foi desligado. Extubada com sucesso uma semana depois, evoluiu com estabilidade hemodinâmica, com descontinuidade de dobutamina e de hidrocortisona.

DISCUSSÃO

Este relato corrobora a importância de identificar precocemente o diagnóstico de choque cardiogênico, possibilitando a adoção de tratamento efetivo. Nesse caso, a procura pelo atendimento médico decorreu de crises convulsivas, que conduziu inicialmente o diagnóstico para doença encefálica primária grave. A realização de eletrocardiograma permitiu o diagnóstico de IAM, orientando a suspeita de choque cardiogênico e sua abordagem imediata e adequada.

A instalação de choque cardiogênico deve ser evitada, o que enfatiza a disponibilidade de recursos para intervenções que modifiquem favoravelmente a perfusão coronariana e restabeleçam a força de contração ventricular. A prevenção com o uso de medicamentos (beta-bloqueador, estatinas, AAS, bloqueador de canal de cálcio) naqueles casos de alto risco, a melhoria na monitorização e a atenção aos parâmetros hemodinâmicos do paciente com IAM, com a realização de revascularização miocárdica, associam-se à diminuição da área de necrose ventricular e comprometimento hemodinâmico. A sobrevida depende, portanto, de medidas preventivas e terapêuticas imediatas e capazes de reverter a hipoperfusão miocárdica.

CONCLUSÃO

Apesar da alta taxa de mortalidade associada à IAM com supra de ST que se complica com choque cardiogênico, o prognóstico e a chance de recuperação podem ser melhoradas quando a abordagem é adequada e prontamente instituída.

REFERÊNCIAS

1. Martins HS, Brandão Neto RA, Scalabrini Neto A, Velasco IT. Emergências clínicas: abordagem prática. 7ª ed. São Paulo: Manole; 2012.
2. Serrano Jr CV, Timermar A, Stefanini E. Tratado de cardiologia: SOCESP 2ª ed. São Paulo: Manole; 2010.
3. Thiele H, Allam B, Chatellier G, Schuler G, Lafont A. Shock in acute myocardial infarction: The cape horn for trials. *Eur Heart J*. 2010; 31:1828-35.
4. Reynolds HR, Hochman JS. Cardiogenic Shock: Current concepts and improving outcomes. *Circulation*. 2008; 117:686-97.
5. Jung C, Lauten A, Ferrari M. Microcirculation in cardiogenic shock: From scientific bystander to therapy target. *Critical Care*. 2010; 14:193.