

# INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COMO PRIMEIRA COMPLICAÇÃO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPÍDE CATASTRÓFICA: Um relato de caso

Moniele Tavares Ferreira da Silva<sup>1</sup>; Raquel Moraes da Rocha Nogueira<sup>2</sup>; Olívia Maria Machado Andrade Moura<sup>3</sup>; Raphael Aguiar Diogo<sup>1</sup>

Universidade Estadual do Maranhão<sup>1</sup>; Universidade Federal do Maranhão<sup>2</sup>; Universidade Ceuma<sup>3</sup>

## Introdução

### A síndrome do anticorpo antifosfolípídeo (SAF)

trombose, morbidade gestacional e presença de **anticorpos antifosfolípídeos** (aPL) elevados.

Detectados exames laboratoriais (Funke et al. 2017)

Anticoagulante lúpico (LA), anticardiolipina (aCL) IgG e IgM, e anti- $\beta$ 2-glicoproteína I (anti- $\beta$ 2-GPI) IgG e IgM

Forma mais grave da doença: **SAF catastrófica**

### Empecilhos para a efetividade terapêutica:

tratamento de manifestações tromboembólicas agudas, a escolha da anticoagulação e a duração da anticoagulação.

## Objetivos

(Carmi et al. 2017; Silva, 2019)

Relatar um caso de SAF catastrófica com apresentação inicial de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

## Relato de Caso

Mulher, 47 anos, procedente de Timon-MA, hígida, iniciou quadro de torácica, não anginosa, associado à náuseas, vômitos e cianose de MMII. Procurou unidade de pronto atendimento (UPA), sendo realizado suporte clínico e teste rápido para COVID-19 (com resultado negativo), recebendo alta após controle do quadro. Após 24 horas, houve retorno da dor precordial, retornando a UPA, com diagnóstico de IAM confirmado através de eletrocardiograma e elevação de troponina I. Paciente evoluiu com quadro de febre (37,8%), plaquetopenia (74.000), disfunção renal aguda (Ur:158, Cr:2,5) e anemia (Hb:10,4), sendo instituído antibioticoterapia empírica e solicitado transferência para o hospital de referência em São Luis/MA. Paciente admitida na Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica, em estado geral grave, hemodinamicamente estável, hemiparesia à direita e extremidades com necroses nas quatro extremidades. Paciente evoluiu no 4º dia de internação, com sangramento em cavidade oral seguida de parada cardiorrespiratória (PCR), revertida, Intubação Orotraqueal e ventilação mecânica. Tomografia de Crânio demonstrou edema cerebral difuso e hemorragia subaracnóideas.

Avaliação reumatológica aventou a possibilidade de vasculite primária, Lúpus Eritematoso Sistêmico e Síndrome Antifosfolípíde Catastrófica, sendo esta última confirmada através da positividade para antibeta2-glicoproteína 1 IgG em altos títulos e Ultrassom Doppler de membros inferiores evidenciando oclusão das artérias tibiais. Realizado pulsoterapia com metilprednisolona 500mg/dia por 5 dias e enoxaparina terapêutica, além de amputação de quirodáctilos e pés. Paciente evoluiu em estado comatoso por 96 dias e óbito após PCR.



Figura 1. Progressão das lesões

## Considerações Finais

A SAF catastrófica representa a forma mais severa da doença. Isso reflete a alta mortalidade da doença. Sendo assim, é de fundamental importância o reconhecimento precoce de modo que haja intervenções terapêuticas efetivas a fim de reduzir as complicações bem como a mortalidade.

## Referências Bibliográficas

FUNKE, A. et al. A importância de reconhecer a síndrome antifosfolípíde na medicina vascular. *Jornal Vascular Brasileiro* [online]. 2017, v. 16, n. 2, p. 140-149.

CARMI, O.R. et al. Diagnosis and Management of Catastrophic Antiphospholipid Syndrome. *Expert Review of Hematology*. Kfar Saba, 2017, v. 10, p. 365 -374.

SILVA, C.H.S.R. Síndrome do Anticorpo Antifosfolípíde: Como manejar? 2019. Disponível em: <https://pebmed.com.br/sindrome-do-anticorpoantifosfolipide-como-manejar/>. Acesso em: 20 maio 2021.