

## **Insuficiência cardíaca aguda no contexto da pandemia por COVID-19: um relato de caso.**

**Autores:** Nathalia Wessler<sup>1</sup>, Abrão José Melhem Junior<sup>1</sup>, Isabela Maíra Meier Jardim<sup>1</sup>, Jheniffer de Anhaia Perez<sup>1</sup>, Melany Naiade Bottega Mariussi<sup>1</sup>.

1) Universidade Estadual do Centro-Oeste - Unicentro. Departamento de Medicina Unicentro - DEMED. Liga Acadêmica de Clínica Médica da Unicentro.

**Introdução:** A miocardite é secundária a quadro infeccioso, autoimune ou tóxico. Durante a pandemia de COVID-19, com cerca de 37 milhões de casos, é possível que mais de 2,5 milhões de pessoas tenham apresentado alguma inflamação miocárdica no Brasil. As complicações relacionadas ao novo coronavírus advêm da lesão miocárdica com alteração na regulação neuro-humoral e da resposta inflamatória que eleva citocinas relacionadas à injúria do sistema cardiovascular. O quadro de miocardite por COVID-19 pode ser grave, com falência muscular, insuficiência cardíaca, choque cardiogênico e arritmias malignas. Portadores de disfunção miocárdica prévia, diabéticos, hipertensos, obesos, gestantes e imunodeprimidos podem apresentar formas mais graves.

**Objetivos:** Apresentar caso de miocardite por COVID-19.

**Delineamento e métodos:** Relato de caso.

**Descrição do caso:** Homem, 60 anos, buscou atendimento por fadiga intensa. Há duas semanas teve febre e queda do estado geral. Hipertenso em uso irregular de Losartana e Bisoprolol, IMC de 31. Na última semana evoluiu com fadiga, hipotensão e dispneia aos moderados esforços. Pressão Arterial=122/78 mmHg, Frequência cardíaca=100 bpm, Frequência Respiratória=28 ipm. Crepitanes basais e ritmo cardíaco em 2 tempos. Edema de membros inferiores ++/4. Eletrocardiograma com Bloqueio do Ramo Esquerdo e Extrassístoles Supraventriculares. Radiografia de tórax com cardiomegalia e congestão pulmonar, indicando insuficiência cardíaca aguda. Devido à superlotação hospitalar, o manejo foi ambulatorial com Bisoprolol, Enalapril, Espironolactona, Furosemda e Prednisona, repouso e dieta hipossódica. Houve

regressão sintomática em poucos dias. Exames laboratoriais: Peptídeo Natriurético Cerebral (BNP)=2837 pg/mL e IgM positivo para COVID-19. Ecocardiografia: aumento de átrio esquerdo (AE) (44mm) e ventrículo esquerdo (VE) (dimensões sistólica/diastólica=61/46mm), hipertrofia concêntrica (espessura de septo/parede posterior=12/12mm) e disfunção sistólica com hipocinesia (fração de ejeção de 48%). Em 3 semanas, ausência de queixas e BNP=560pg/mL. Em um ano, a ecocardiografia mostrou redução de AE e VE e melhora da fração de ejeção. Após dois anos, o paciente mantém-se assintomático, ativo fisicamente, com BNP=270 pg/mL, em uso de Valsartana, Bisoprolol e Espironolactona.

**Considerações finais:** O rápido manejo da miocardite por infecção viral é essencial. É relevante destacar que pacientes em suspeita de miocardite devem ter restrição física até melhora.

**Palavras-chave:** COVID-19, Miocardite, Insuficiência Cardíaca Aguda, Complicações do Covid-19.