



## **INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO POR EMBOLIA SÉPTICA SECUNDÁRIA A ENDOCARDITE INFECCIOSA: RELATO DE CASO**

PRISCILA MAYUMI DE MELO<sup>1</sup>; RODRIGO BARBOSA DA COSTA<sup>2</sup>; KASSIO KAZUHIRO SALES HORII<sup>3</sup>; ELIZA MARIA NOVAES<sup>4</sup>; ÉRICA DE ALMEIDA GATTASS<sup>5</sup>; MAINARA QUEIRÓZ UMBELINO PADILHA<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, drapriscilamelo@gmail.com; <sup>2</sup> Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, rodrigo\_bc@hotmail.com; <sup>3</sup> Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, hirohorii@hotmail.com; <sup>4</sup>Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, eliza.novaes@hotmail.com; <sup>5</sup>Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, ericagattass@gmail.com; <sup>6</sup> Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, mainara\_queiroz@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** A endocardite infecciosa (EI) está associada a alta morbimortalidade hospitalar apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos. A embolia séptica (ES) é uma complicação comum da EI, porém raramente acomete as artérias coronárias. **OBJETIVO:** Relatar um caso de infarto agudo do miocárdio (IAM) por embolia séptica. **MÉTODO:** As informações foram obtidas pela revisão do prontuário e da literatura. **RESULTADOS:** Homem, 26 anos, dependente químico, admitido na emergência de hospital terciário com queixa de dor torácica típica de início há 5 horas. Relata ainda há 4 semanas quadro de tosse seca e episódios febris. No exame físico apresentava taquipneia, taquicardia e sopro sistólico mitral 3+/6+; nos exames laboratoriais havia aumento de troponina e leucocitose; ao eletrocardiograma supradesnívelamento do segmento ST em parede anterior. Paciente foi tratado como IAM e submetido a cinecoronariografia que evidenciou trombo em artéria Descendente Anterior (ADA), sendo procedido a angioplastia com stent em ADA. Foi realizado ecocardiograma (ECO) transtorácico que evidenciou processos vegetantes em valva mitral, seguido da realização de ECO transesfágico que confirmou fração de ejeção de 36%; alterações segmentares em regiões antero-septais; valva mitral com prolapso do folheto anterior, e imagens vegetantes nesse folheto (14X04mm), além de imagem sugestiva de abscesso, associado a insuficiência valvar moderada; valva aórtica bicúspide e com insuficiência importante. Com a hipótese de EI, foi coletado hemoculturas, iniciado antibiótico e optado por cirurgia de substituição valvar aórtica e mitral por próteses mecânicas; após, mantido tratamento com antibiótico por 42 dias e medidas para IAM. **DISCUSSÃO:** A EI apresenta inúmeras manifestações clínicas e alto risco de embolia séptica, que ocorre em 22% a 50% dos casos. Os estudos mostram taxas embólicas coronarianas mais altas com vegetações acima de 1 cm e quando localizadas em valva mitral, principalmente no folheto anterior. A cinecoronariografia pode estabelecer o diagnóstico de embolia séptica e ser terapêutica, sendo normalmente a ADA a mais acometida. **CONCLUSÃO:** Esse caso ilustra uma apresentação incomum da EI, a embolia séptica coronária desencadeando uma SCA, e reforça a importância de ampliar os diagnósticos diferenciais para a etiologia do IAM para que o tratamento adequado seja instituído. **PALAVRAS-CHAVE:** infarto agudo do miocárdio, endocardite infecciosa, embolia séptica coronária.