

## **INVESTIGAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA MIOCARDITE À LUZ DE NOVAS EVIDÊNCIAS.**

**INTRODUÇÃO:** A miocardite é uma inflamação prevalente, ainda subnotificada, responsável pela morte súbita de jovens em 42% dos casos. Sua etiologia multifatorial é de origem infecciosa, imunomediada e tóxica. **OBJETIVO:** Observar, à luz de novas evidências, a investigação e o diagnóstico de miocardite em adultos. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão de literatura, nos bancos de dados PubMed e UpToDate e diretrizes brasileiras, com janela temporal de 10 anos, utilizando-se os termos “myocarditis”, “diagnostic evaluation” e “diagnosis”. **RESULTADOS:** Geralmente o diagnóstico é eminentemente clínico. As manifestações da miocardite podem ser IC aguda com <3 meses, IC crônica, quadro IAM-like com dor torácica, troponina elevada com ou sem supra de ST e coronárias sem lesão obstrutiva. Algumas condições são ameaçadoras à vida, como distúrbios de condução, miocardite fulminante com choque cardiogênico e arritmias ventriculares. Deve-se afastar afecções diferenciais, como doença coronariana ou valvar e crise hipertensiva. Com a suspeita de miocardite, indica-se, rotineiramente, NT-pro-BNP, ecocardiograma, ressonância cardíaca e troponina, a qual apresenta valor preditivo positivo. O padrão ouro não invasivo para diagnóstico é ressonância cardíaca com gadolínio. Diante disso, o paciente pode ser enquadrado em diferentes graus de suspeição para miocardite (baixa, intermediária e alta). O paciente de baixa suspeição é assintomático ou apresenta dor pleurítica ou torácica atípica, associado a apenas um exame positivo. Quando associado a  $\geq 2$ , trata-se de caso de suspeição intermediária, assim como, se dor torácica aguda anginosa ou pericárdica, síncope, palpitações ou taquicardias frequentes, dispneia de início recente <3 meses ou subaguda-crônica >3 meses, associado a  $\geq 1$  exame positivo. Se  $\geq 2$ , trata-se de alta suspeição, assim como o paciente com dispneia de início até 4 semanas, choque cardiogênico sem causa definida ou morte súbita abortada, associado a  $\geq 1$  exame positivo. **CONCLUSÃO:** Assim, torna-se evidente e necessário uma investigação e diagnóstico adequado da miocardite na população adulta.

## REFERÊNCIAS:

Montera MW, Marcondes-Braga FG, Simões MV, Moura LAZ, Fernandes F, Mangine S, et al. Diretriz de Miocardites da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2022. Arq Bras Cardiol. 2022; 119(1):143-211. Disponível em: [https://abccardiol.org/wp-content/uploads/2022/06/32\\_Diretriz-de-Miocardites-da-SBC-2022\\_portugues.x55156.pdf](https://abccardiol.org/wp-content/uploads/2022/06/32_Diretriz-de-Miocardites-da-SBC-2022_portugues.x55156.pdf).

Montera MW, Mesquita ET, Colafranceschi AS, et al. I Brazilian guidelines on myocarditis and pericarditis. Arq Bras Cardiol. 2013; 100 (4 Suppl 1):1-36. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/HVwf4YzBnHSByC6hNym3BvJ/?lang=en>.

Luetkens JA, Faron A, Isaak A, Dabir D, Kuetting D, Feisst A, Schmeel FC, Sprinkart AM, Thomas D. Comparison of Original and 2018 Lake Louise Criteria for Diagnosis of Acute Myocarditis: Results of a Validation Cohort. Radiol Cardiothorac Imaging. 2019 Jul 25;1(3):e190010. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7978026/>