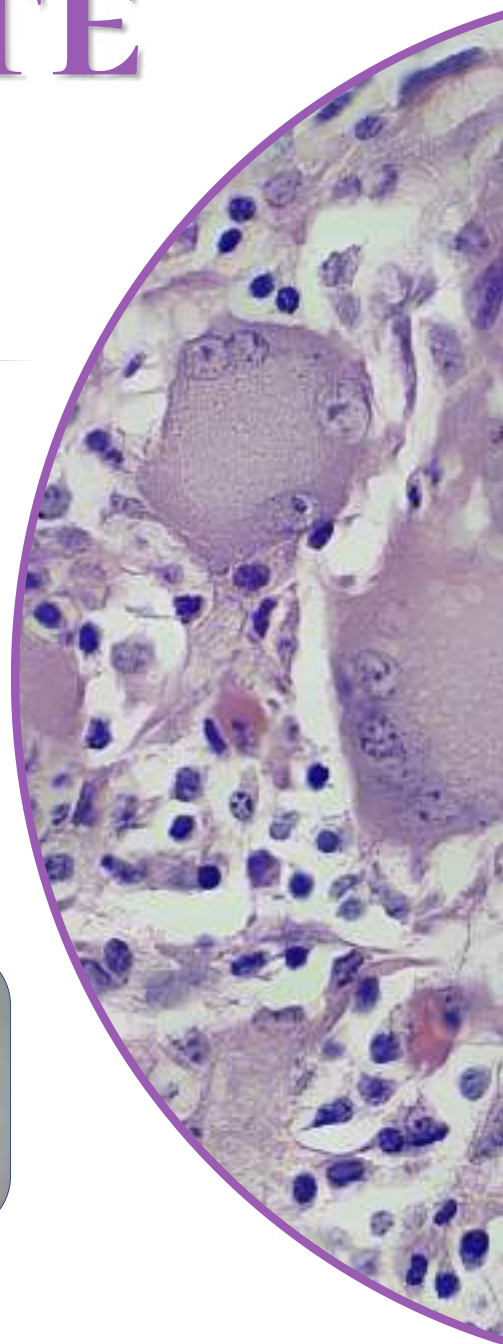


MIOCARDITE AGUDA

Capítulo II



Ingrid Maria
Mendes de Araújo



Gabriela Sañara Ferraz
Denny Siqueira



Kamilla Vieira
Teles



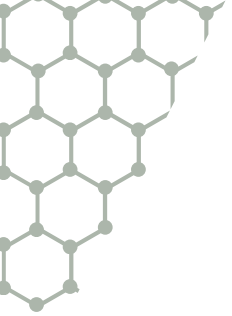
Sofia Lima
Carvalho



Wander de Oliveira
Souza



Thamy Yamashita
Shibayama



MIOCARDITE AGUDA

INTRODUÇÃO

A miocardite é uma inflamação do miocárdio, geralmente causada por infecções virais, embora também possa estar relacionada a bactérias, toxinas, álcool, drogas e doenças sistêmicas, como distúrbios autoimunes e tireoidianos. Além disso, pode ocorrer como complicação em casos graves de Covid-19.

As manifestações clínicas variam desde quadros assintomáticos até insuficiência cardíaca e arritmias graves. Os sintomas mais comuns incluem fadiga, dispneia, edema periférico, palpitações e síncope. Quando associada à pericardite, pode causar dor torácica irradiada para ombros, dorso e pescoço. Em casos infecciosos, febre e mialgia são frequentes, enquanto formas relacionadas à hipersensibilidade podem apresentar manifestações cutâneas e linfonodomegalia. A doença pode evoluir de forma aguda, subaguda ou crônica, podendo levar à cardiomiopatia dilatada.

O diagnóstico é baseado na associação entre avaliação clínica, exames laboratoriais e métodos de imagem. A elevação das troponinas e da proteína C-reativa sugere lesão miocárdica e inflamação. O eletrocardiograma identifica alterações elétricas e arritmias, enquanto o ecocardiograma avalia a função cardíaca. A ressonância magnética cardíaca é o principal exame não invasivo para confirmação diagnóstica, utilizando os Critérios de Lake Louise. Em alguns casos, pode ser necessária cineangiocoronariografia para excluir doença coronariana e, nos quadros graves, biópsia endomiocárdica.

O tratamento depende da gravidade e da causa da doença, visando controlar a inflamação, aliviar sintomas e prevenir complicações. Casos leves podem ser manejados com repouso e medicamentos, como diuréticos, betabloqueadores e IECA. Já os quadros graves podem exigir internação, suporte hemodinâmico, imunossupressores e até transplante cardíaco. Também é recomendado evitar atividades físicas intensas durante a recuperação.

CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS

O miocárdio apresenta aspecto aumentado e amolecido, associado ao processo inflamatório agudo. Observam-se áreas pálidas e discretamente avermelhadas distribuídas pelo músculo cardíaco, relacionadas ao edema intersticial, congestão vascular e lesão dos cardiomiócitos. O tecido pode adquirir aparência flácida e opaca, refletin-

MIOCARDITE AGUDA

do a perda da integridade das fibras musculares cardíacas. Em casos mais intensos, podem ocorrer dilatação das câmaras cardíacas e focos de necrose miocárdica decorrentes da inflamação aguda.

ALTERAÇÕES MICROSCÓPICAS

O tecido do miocárdio é a camada intermediária e mais espessa do coração, sendo formado por tecido muscular estriado cardíaco, composto por cardiomiócitos, discos intercalares e uma alta quantidade de mitocôndria. Neste tecido do miocárdio evidenciado com miocardite aguda, é possível observar um edema intersticial entre as fibras musculares, fragmentação e perda de estriações (**Figura 1**). O miocárdio apresenta mudanças visíveis caracterizadas pelo infiltrado inflamatório, edema e necrose de células musculares do coração (cardiomiócitos).

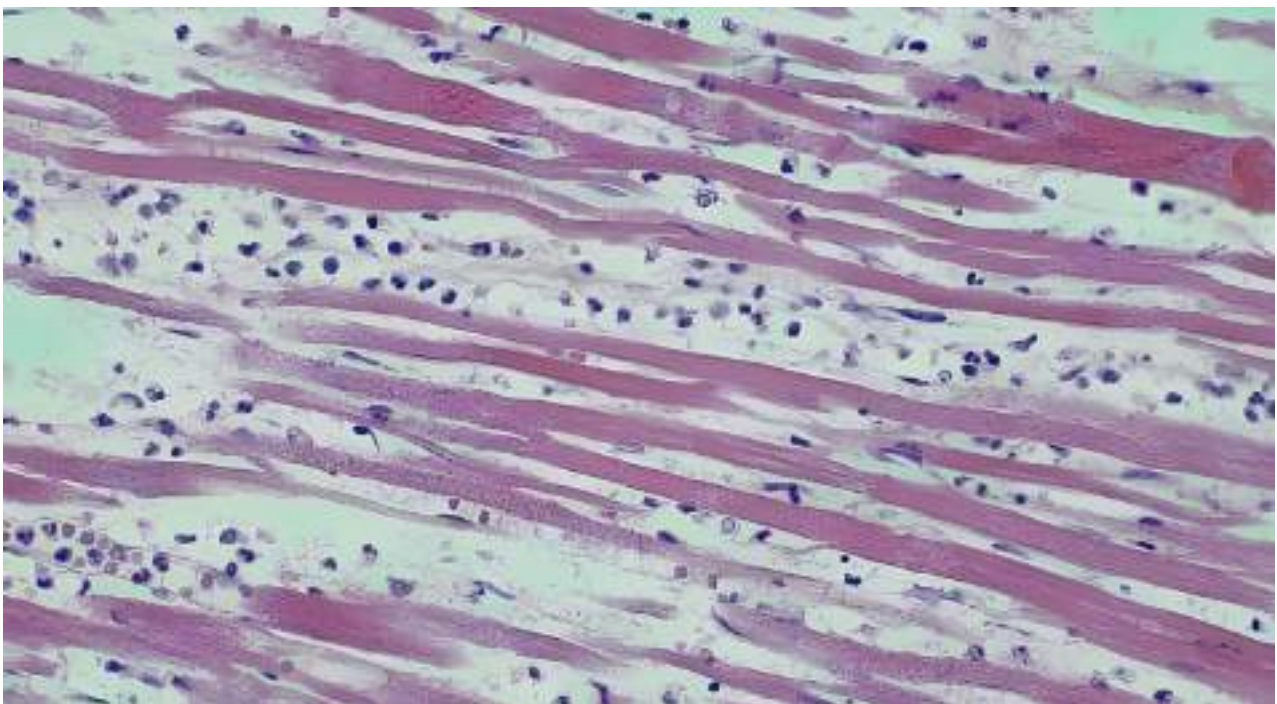
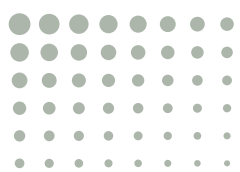
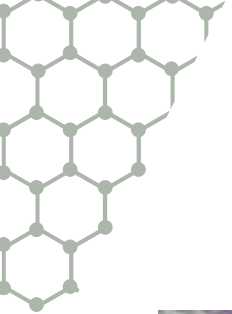


Figura 1. Infiltrado inflamatório neutrofílico (1) e edema intersticial entre as fibras miocárdicas (2). (400x, HE).

Nesta imagem panorâmica (**Figura 2**), observa-se o tecido miocárdico acometido por miocardite aguda de maneira ampla, evidenciando que o processo inflamatório apresenta distribuição difusa, e não focal. Nota-se importante desorganização da arquitetura tecidual, com aumento do espaçamento entre as fibras musculares cardíacas, o que sugere a presença de edema intersticial difuso. Além disso, o tecido apresenta aspecto mais pálido e rarefeito, compatível com o acúmulo de líquido no interstício e com as alterações inflamatórias decorrentes da lesão miocárdica.





MIOCARDITE AGUDA

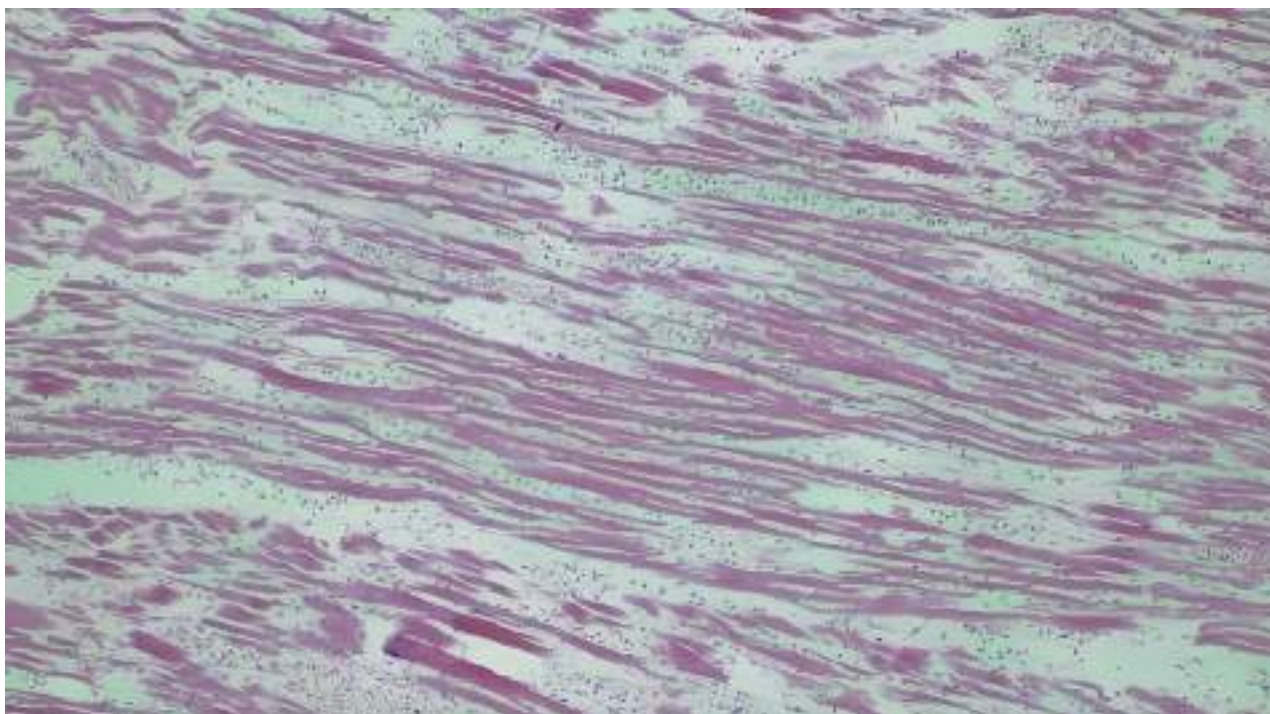


Figura 2. Denso infiltrado inflamatório (1) e edema intersticial entre os cardiomiócitos (2). (100x, HE).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A miocardite aguda representa uma importante condição inflamatória do miocárdio, com potencial de evolução para complicações graves, como insuficiência cardíaca, arritmias e cardiomiopatia dilatada. Nesse contexto, a associação entre os achados clínicos, laboratoriais, de imagem e anatomopatológicos é essencial para o diagnóstico precoce e para a definição da melhor abordagem terapêutica, contribuindo para um prognóstico mais favorável.

Os aspectos macroscópicos e microscópicos apresentados evidenciam as alterações características do processo inflamatório agudo, incluindo edema intersticial, infiltrado inflamatório difuso e lesão dos cardiomiócitos, reforçando a importância da análise histopatológica na compreensão da doença. Assim, o conhecimento dessas alterações contribui para a formação acadêmica e para a prática clínica, permitindo uma melhor correlação entre a morfologia tecidual e as manifestações clínicas da miocardite.

REFERÊNCIAS

Ferreira, V. M., Schulz-Menger, J., Holmvang, G., Kramer, C. M., Carbone, I., Sechtem, U., Friedrich, M. G., Nagel, E., & International CMR Expert Panel.

MIOCARDITE AGUDA

(2018). Cardiovascular magnetic resonance in nonischemic myocardial inflammation: JACC Scientific Expert Panel. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(24), 3158–3176. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.09.072>

Kumar, V., Abbas, A. K., & Aster, J. C. (2021). *Robbins & Cotran patologia: Bases patológicas das doenças* (10. ed.). Elsevier.

Montera, M. W., Mesquita, E. T., Colafranceschi, A. S., Oliveira Júnior, M. T., Rabischoffsky, A., Ianni, B. M., Fernandes, F., & Mady, C. (2022). Diretriz de miocardites da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2022. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 119(1), 143–211.

MSD Manual. (2026). Miocardite. Manual MSD – Versão Saúde para a Família.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2013). Diretriz brasileira de miocardites e pericardites. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 100(4, Supl. 1), 1–36.

