

## DISCUSSÃO DO CASO I

O caso em questão refere-se a um paciente jovem com diagnóstico já estabelecido de insuficiência cardíaca por miocardiopatia chagásica, internado por descompensação clínica.

Diante de um caso de insuficiência cardíaca crônica com agudização, devemos sempre pesquisar uma possível causa para a descompensação. Dentre estas, a que mais frequentemente nos deparamos é o uso irregular de medicações ou a não aderência a medidas não-farmacológicas (como restrição hidrossalina). No caso, o paciente deixou de usar corretamente as medicações há seis meses, tendo descompensado a doença e não tendo controle dos sintomas, mesmo após o retorno do tratamento. Na sua avaliação, foram descartadas outras possíveis causas para a descompensação, como infecção, anemia, infarto agudo do miocárdio, tromboembolismo pulmonar e arritmia.

O perfil hemodinâmico do paciente, na entrada, poderia ser classificado como “frio e úmido”. Apesar de sinais clínicos de congestão pulmonar, foi feito volume com melhora da pressão arterial. Ao internar na unidade de terapia intensiva, optou-se por iniciar um vasodilatador endovenoso, já que o paciente estava monitorizado e apresentava pressão arterial passível de seu uso. A melhora inicial não foi sustentada, sendo necessário a associação de droga inotrópica.

Por se tratar de um paciente com insuficiência cardíaca terminal, foi feita avaliação para transplante cardíaco. Passado cateter de artéria pulmonar que mostrou que a hipertensão pulmonar era reversível com o uso de vasodilatador e inotrópico. Dessa forma, foi indicado transplante cardíaco e, por estar dependente de droga inotrópica endovenosa, o paciente foi incluído na fila em prioridade.

Em vigência de dobutamina, o paciente apresentou um episódio de taquicardia ventricular monomórfica de curta duração, porém mal tolerado, sendo iniciado amiodarona. Possivelmente por efeito da droga e da própria arritmia, o paciente evoluiu com importante piora clínica, sendo necessário aumento da dose da droga inotrópica, retorno do vasodilatador endovenoso e uso de suporte hemodinâmico mecânico (balão intra-aórtico).

Após melhora dos parâmetros clínicos e laboratoriais de choque, foram reiniciados de forma lenta vasodilatadores orais. Como não é tão infrequente evidenciar em casos semelhantes ao em discussão, o paciente tolerou doses altas de quatro classes de vasodilatadores. Dessa forma, foi possível a retirada das drogas endovenosas e do balão intra-aórtico.

Na enfermaria, pela importante melhora de sintomas, foi realizado teste ergoespirométrico, concordante com a melhora funcional do paciente.

Após 37 dias da internação, o paciente recebeu alta hospitalar. Ambulatorialmente, a indicação de transplante cardíaco será reavaliada de acordo com os sintomas e a limitação do paciente em vigência de tratamento clínico otimizado.

## REFERÊNCIAS SUGERIDAS:

- 1) Mehra et al. Listing Criteria for Heart Transplantation: International Society for Heart and Lung Transplantation Guidelines for the Care of Cardiac Transplant Candidates – 2006. *J Heart Lung Transplant* 2006; 25: 1024–42.
- 2) I Diretriz Latino-Americana para Avaliação e Conduta na Insuficiência Cardíaca Descompensada.

## DISCUSSÃO O CASO II

A síncope pode ser a manifestação clínica de uma grande gama de patologias. Para iniciar a investigação de um paciente com síncope, deve-se obter uma história clínica completa e detalhada, questionar sobre sintomas associados, pródromos, tempo de duração do quadro e queixas após o retorno à consciência. Além disso, é de grande importância conhecer as doenças pregressas do paciente, sobretudo cardiovasculares. O principal indicador de que a síncope pode estar relacionada a uma doença grave é a presença de cardiopatia estrutural. Dados como a ausência de pródromos (síncope “desliga-liga”), a curta duração e a ausência de sintomas significativos após o retorno à consciência em um paciente com doença estrutural cardíaca falam a favor de síncope de causa cardíaca, que pode ocorrer secundariamente a taquiarritmias, bradiarritmias ou presença de isquemia miocárdica. Em pacientes portadores de CDI, deve-se também questionar se o aparelho está funcionando adequadamente.

A Doença de Chagas, por sua vez, constitui um importante problema de saúde pública nos países da América Latina e o envolvimento cardíaco está associado com substancial mortalidade e morbidade. Presença de cardiomegalia a radiografia de tórax, presença de TVNS ao Holter, disfunção ventricular ao ecocardiograma, presença de QRS com baixa voltagem, sexo masculino e presença de sintomas compatíveis com classe funcional III ou IV são preditores de pior prognóstico e maior mortalidade em 10 anos.

Nesta paciente, ao realizar a leitura dos eventos do cardiodesfibrilador, notou-se a presença de ruído atrial em excesso, o que, porém, não justifica o quadro. Ao analisar o momento da síncope, notou-se que houve uma arritmia ventricular de alta frequência, a qual foi reconhecida pelo aparelho. A grande questão levantada foi por que não houve liberação do choque? A resposta veio ao avaliar a programação do aparelho – estava programado para liberar o choque 11 segundos após o início da arritmia ventricular. No momento em que o aparelho tentou confirmar o evento, a paciente já havia retornado ao seu ritmo de base, ou seja, houve remissão espontânea da arritmia.

### REFERÊNCIAS SUGERIDAS:

- 1) Kappor WN. Syncope. **N Engl J Med** 2000; 343: 1856-62.
- 2) Development and Validation of a Risk Score for Predicting Death in Chagas' Heart Disease. **N Engl J Med** 2006; 355: 799-808.
- 3) Gregoratos G, et al. In: ACC/AHA/NASPE 2002 Guideline Up-date for Implantation of Cardiac Pacemakers and implantable devices. Disponível em: <http://www.acc.org>.