

RELATO

CASO 01 – Insuficiência Cardíaca Congestiva

Dr. Luis Fernando B. C. Seguro

CASO 02 – Arritmia

Dra. Tânia Marie Ogawa

Participação:

Dr. Martino Martinelli Filho – InCor

Dr. Fernando Bacal – InCor

Dr. Ângelo Amato Vincenzo de Paola – EPM

Dr. Ricardo Pavanello - HCor

CASO 01

Dr. Luis Fernando Bernal da Costa Seguro

FMP, masculino, 31 anos, solteiro, comerciante, natural e residente de São Paulo.

QD: Dispnéia com mínimos esforços e oligúria há 15 dias.

HMA: Paciente refere quadro de dispnéia com esforços, ortopnéia e episódios de dipnéia paroxística noturna, com início há dois anos. Iniciou seguimento ambulatorial e uso de medicação específica, apresentando melhora. Há seis meses retorno dos sintomas associado ao uso irregular da medicação. Evoluiu sem melhora apesar do retorno do tratamento.

Procurou pronto-socorro com dispnéia aos mínimos esforços e oligúria. Sem sinais ou sintomas sugestivos de infecção, em uso regular de medicação.

AP: Ex-tabagista (parou há dois anos). Nega etilismo ou uso de drogas ilícitas. Refere viagens ao Mato Grosso há 10 anos.

AF: Sem antecedente familiar de hipertensão, doença arterial coronária ou cardiopatia.

Medicações em uso: Enalapril 5mg 2x; Carvedilol 3,125mg 2x; Espironolactona 25mg; Digoxina 0,25mg; Furosemida 40mg.

Exame Físico de entrada (PS) – 10/10/2006:

Regular estado geral, corado, hidratado, afebril

PA: 80 x 70 mmHg - FC: 94 - FR: 18

Bulhas rítmicas (com B3 +) e sopro sistólico regurgitativo 2+/6 em foco mitral

Murmúrios vesiculares presentes bilateralmente com crepitação em bases

Abdome plano, com fígado palpável há 2 cm do rebordo costal direito

Membros sem edema

Pulsos distais presentes e simétricos

Enchimento capilar lentificado

Hipótese diagnóstica

- ICC descompensada com baixo débito

Transferido para UTI – 10/10/06

Após receber 500mL de soro fisiológico (no PS)

PA=100x70 – FC=96 – FR=22 – Saturação=93% (em ar ambiente)

Apresentando ortopnéia, sem alteração de ausculta pulmonar.

Conduta:

Iniciado Nitroprussiato de sódio até dose de 2 µg/kg/min com boa resposta hemodinâmica inicial.

Exames laboratoriais:

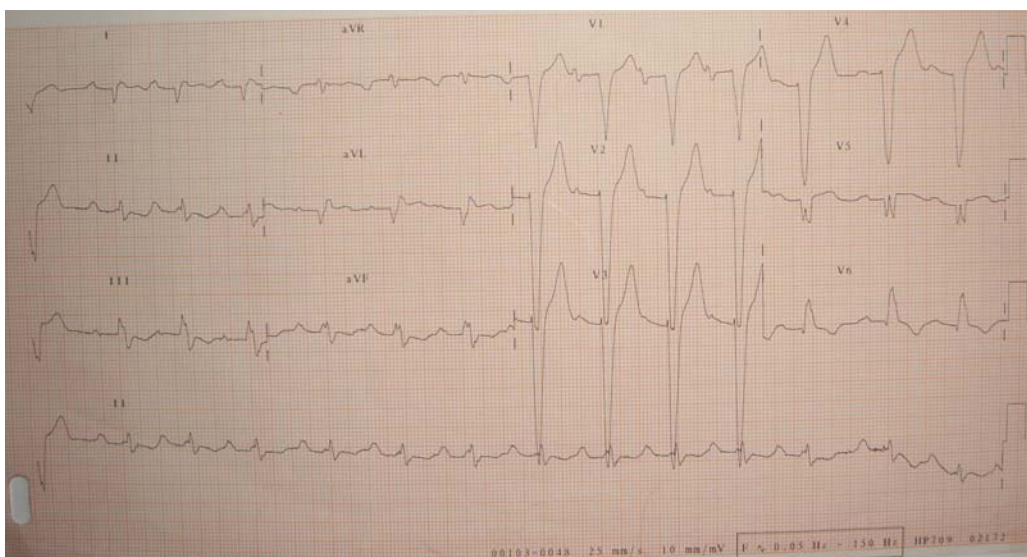
Uréia: 40 – Creatinina: 1,0 – Sódio: 138 – Potássio: 4,3

Hemoglobina: 14,1 – Leucócitos: 8.400 – Plaquetas: 175.000

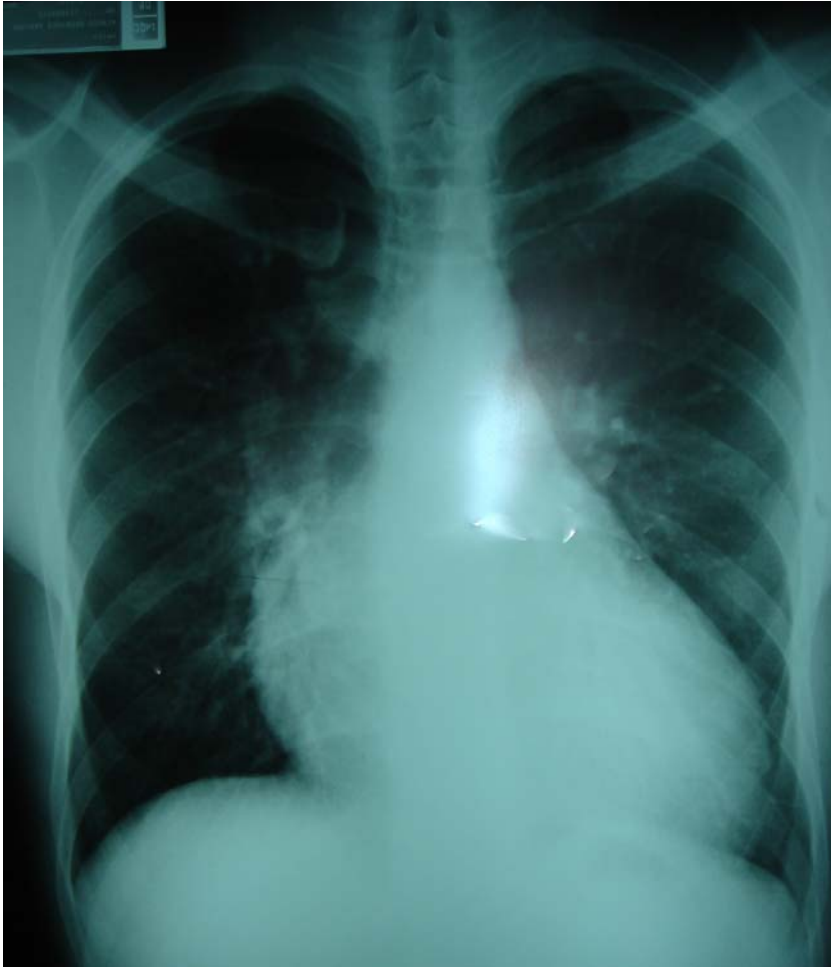
Função tireoidiana normal (TSH: 3,74 – T4I=1,5)

Sorologia para Chagas positiva

ELETROCARDIOGRAMA



RADIOGRAFIA DE TÓRAX



Ecocardiograma:

Seio aórtico: 26mm; átrio esquerdo: 51mm
Ventrículo esquerdo: 71x65mm; septo interventricular e parede posterior: 8mm
Ventrículo esquerdo com hipocinesia difusa e fração de ejeção de 18%
Ventrículo direito dilatado e com disfunção moderada
Insuficiência Mitral importante (secundária)
Insuficiência Tricúspide moderada
Pressão sistólica de artéria pulmonar estimada em 61mmHg
Pericárdio normal

Ecocardiograma prévio (de 1 ano) com parâmetros semelhantes.

Evolução:

13/10: Sintomas de baixo débito, em uso Nitroprussiato.2 µg/kg/min – iniciado Dobutamina 5 µg/kg/min com melhora hemodinâmica e clínica.

17/10: Passado catéter de Swan-Ganz para medidas hemodinâmicas (avaliação para Transplante Cardíaco).

- excesso de ruído atrial -> microfratura?).

	PA	PAP	POAP	DC	RVP
Dobuta 2µg Nitro 0,6µg	85x58 (67)	51x34 (42)	23	4,1	371 4,6 wood
Dobuta 5µg Nitro 2,0µg	107x55 (72)	50x26 (36)	24	4,2	228 2,8 wood
Dobuta 15µg Nitro 2,7µg	92x36 (55)	44x21 (28)	14	7,1	158 1,9 wood

Aumentado Captopril até 150mg/d, retirado Nitroprussiato e Dobutamina, de forma progressiva.

23/10: Após 12h sem droga inotrópica, retorno de sinais e sintomas de baixo débito. Feito Levosimendana (infusão de 24 horas)

27/10: Já sem inotrópico há 3 dias. Iniciado Carvedilol.

30/10: Sinais e Sintomas de baixo débito, piora de função renal (U: 67 – Cr:1,4). Suspenso Carvedilol, reiniciado Dobutamina.

Incluído na fila de transplante cardíaco como prioridade.

31/10: Apresenta episódio de taquicardia ventricular monomórfica de 10 segundos de duração, mal tolerada (associada a sintoma de pré-síncope). Iniciado Amiodarona.

Evolui com piora sendo necessário aumento de Dobutamina até 20µg/kg/min, volta de Nitroprussiato e passagem de balão intra-aórtico (BIA).

5-13/11: Por melhora hemodinâmica, reintroduzido vasodilatadores orais, sendo possível à retirada de drogas endovenosas e de BIA.

Mantido na fila de transplante, porém não mais como prioridade.

Realizado teste ergoespirométrico que mostrou:

Pico VO₂: 19mL/kg

Slope: 32

17/11: Recebe alta hospitalar, sem sintomas com as atividades habituais, medicado com:

Captopril 150mg; Losartan 100mg; Hidralazina 300mg; Monocordil 60mg; Espironolactona 25mg e Digoxina 0,25mg.

CASO 02

Dra. Tânia Marie Ogawa

MB, 63 anos, feminina, branca, casada, natural e procedente de Sorocaba, São Paulo.

QD: Mal estar, fadiga e tontura há 1 semana. Choques do CDI recentemente.

HMA: Paciente previamente chagásica, foi submetida a colocação de cardiodesfibrilador implantável (CDI) em 2002 devido a taquicardia ventricular sustentada sintomática. Permaneceu assintomática desde então, até que, entre setembro e outubro de 2006 recebeu cerca de 4 choques do CDI. Procurou assistência médica e foi orientada a trocar a medicação antiarrítmica em uso: de sotalol para amiodarona. Devido a novo choque do CDI procurou o pronto socorro do InCor, onde foi internada para averiguação do quadro. Apresentou episódio sincopal do tipo “desliga-liga” durante a internação.

ISDA: Obstipação crônica. Negava outras queixas.

AP: Cardiopatia chagásica com comprometimento de função ventricular.
Hipotireoidismo em tratamento com reposição hormonal.
Negava síncope prévias.

Medicação em uso: carvedilol 6,25mg 12/12hs, losartan 50mg/dia, furosemida 40mg/dia, amiodarona 200mg/dia, levotiroxina 50mcg/dia.

Exame físico:

Bom estado geral, corada, hidratada, afebril, eupnéica. Presença de hematoma periorbitário à direita

RCR, BNF, em 2 tempos, com sopro sistólico 1+/6+ em foco mitral

Respiratório e abdominal: sem alterações

Sem edema ou assimetria de membros inferiores

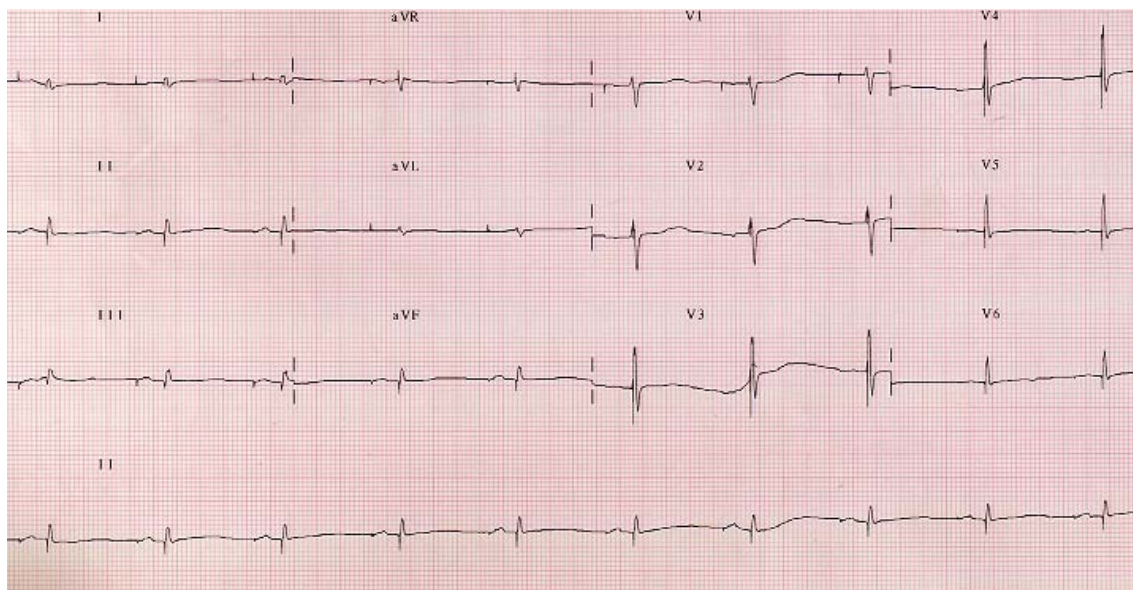
Hipóteses diagnósticas

- Síncope a esclarecer
- Doença de Chagas forma cardiogênica
- Hipotireoidismo
- Taquicardia ventricular sustentada com CDI?

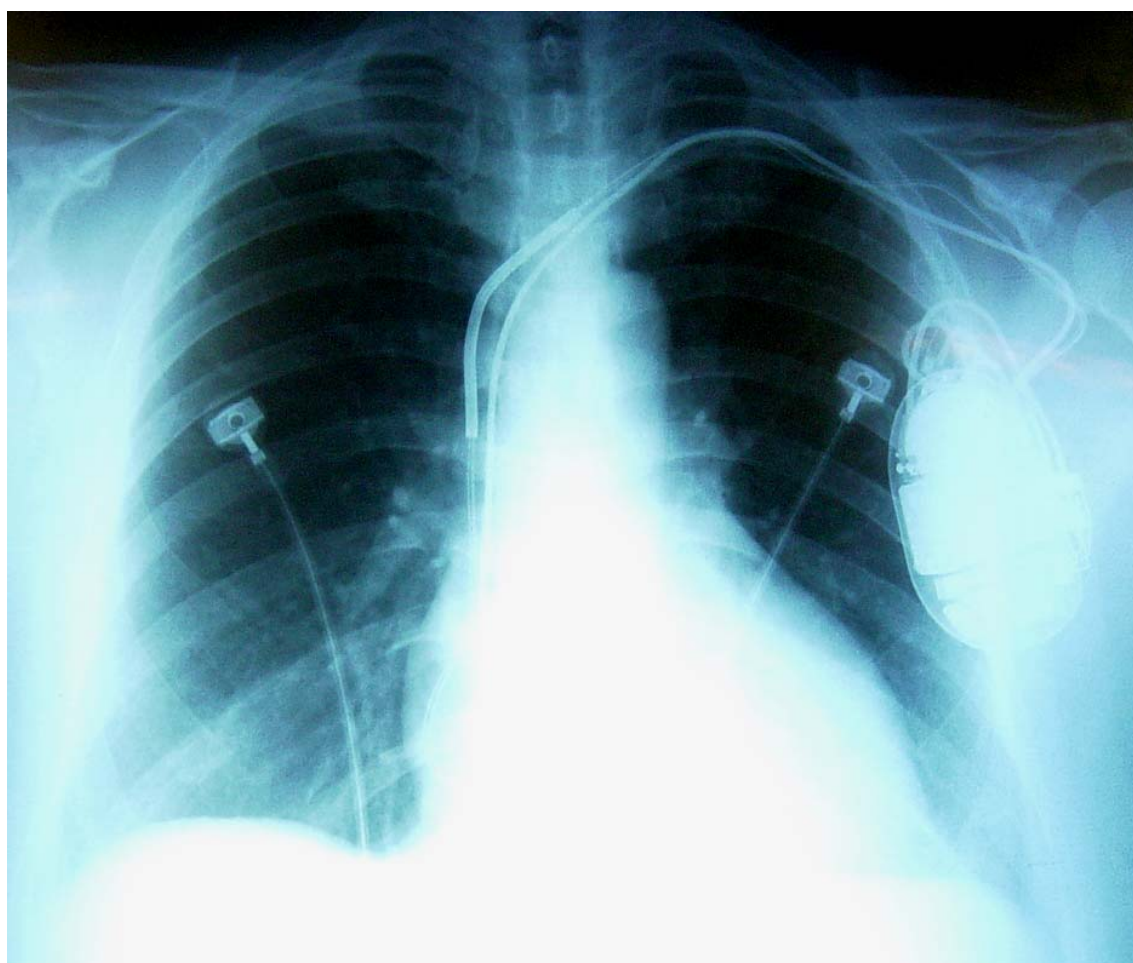
Exames laboratoriais:

- Laboratório: Hb=12,5 / Ht=37% / Leuco=5300 / Plaq=149000 / TSH=8,9 / T4L=1,7 / U=52 / Cr=1,43 / Na=135 / K=3,6

ELETROCARDIOGRAMA



RADIOGRAFIA DE TÓRAX



Ecocardiograma:

Septo= 9mm

Parede= 7mm

Átrio E= 38mm

Aorta= 25mm

DDVE= 58mm

DSVE= 48mm

Vol. Diast.= 167ml

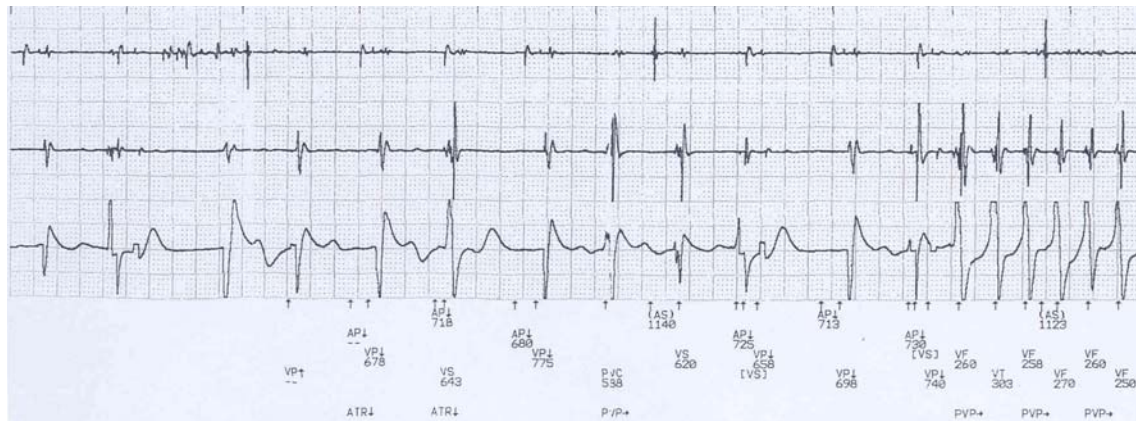
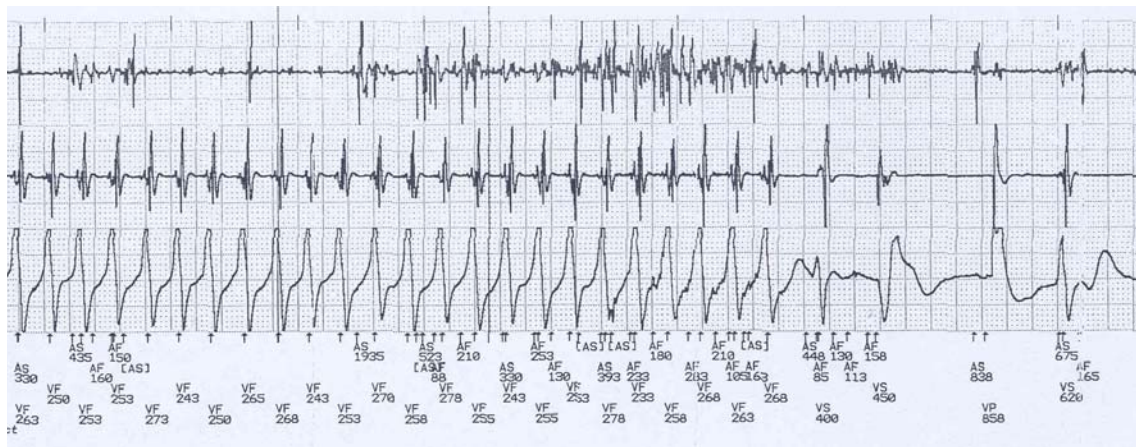
Vol. Sist.= 108ml

FE= 35% (Teicholz)

Hipocinesia difusa de VE; VD preservado.

Imagem sugestiva de trombo fixo em ápice de VE.

Análise do traçado registrado pelo CDI na síncope:



- Ao interrogar o CDI, observados 129.525 registros, sendo a maior parte constituída por registros de arritmias atriais ou TVNS.
- Houve pequeno número de TVS, a maioria de resolução espontânea.
- Houve terapia através do CDI em quatro ocasiões neste ano, porém não foi possível rever o traçado devido ao grande número de registros vindos após (a memória do CDI não permitiu).

Conduta:

- Realizada impregnação com amiodarona e aumento da dose de manutenção.
- Aumentada dose de hormônio tireoidiano.
- Foi indicada troca do gerador do CDI e troca do eletrodo atrial (motivo: excesso de ruído atrial -> microfratura?).