

CASO 1

Dr. Marcelo Ricardo de Andrade Sartori

Debatedores: Dr. Rui Fernando Ramos, Dra. Auristela Ramos; Dr. Carlos Gun

IDENTIFICAÇÃO: RJSA, mulher, 38 anos, branca, casada, manicure, sedentária, natural de Manuque (MG), procedente de São Paulo.

OP: Falta de ar

HMA: Admitida no PS do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia no dia 31/12/2006 com queixa de dispnéia com início súbito em repouso há dois dias, que se exacerbava aos pequenos esforços, associada a ortopnéia e dispnéia paroxística noturna. Negava edema de membros inferiores. Negava sintomatologia prévia. Negava febre. Relatava controle irregular de anticoagulação. Negava alteração no ruído de prótese mitral.

AP: Troca de Valva mitral em 2004 – metálica. Claudicação intermitente em MID há 3 meses (400m).

AF: Negava antecedentes familiares relevantes.

Fazia uso de: Marevam 2,5mg/dia – irregular

Exame físico na admissão:

PA: 130x90 mmHg FC: 112 bpm FR: 26 irpm

Regular estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril

Murmúrios vesiculares presentes bilateralmente com estertores crepitantes basais e sibilos difusos

RCR 2T com SD (ruffar) +/4+ em FM e ruído de prótese abafado

Abdome: ndn

MID: ausência de pulso poplíteo e pedioso. Perfusão distal preservada. Panturrilha livre.

Exames laboratoriais na admissão:

INR = 1,22 / Uréia = 25 / Creatinina = 0,9 / Na = 137 / K = 4,2

CPK = 76 / CK-Mb = 3

Hb = 11 / HT = 34 / Plaq = 264.000

Leucócitos = 13100 (N = 72,7/ L = 16,6/ M = 8,5/ E = 2)

Eletrocardiograma:



Radiografia de Tórax:



HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

Disfunção de Prótese

Tromboembolismo pulmonar

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO:

Ao = 28 / AE = 43 / VE = 29/46 / SIV/PP = 7/7 / Fe = 69% / PSAP = 44

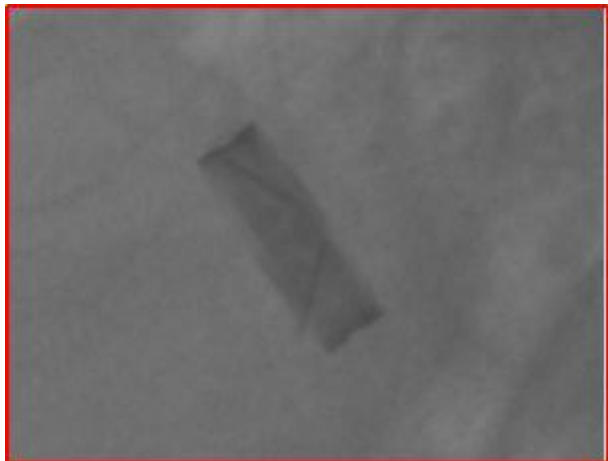
Prótese mecânica tipo duplo disco em posição mitral, apresenta um dos discos com abertura e mobilidade reduzidas (disco medial). Gdmax: 22 mmHg e GDmed: 10mmHg, AV efetiva: 1,5cm².

Valva aórtica com abertura e mobilidade preservadas, folhetos discretamente espessados. Gsmax : 17mmHg e Gsmed: 10mmHg.

DOPPLER DE MEMBROS INFERIORES:

Ausência de sinais de TVP; oclusão arterial crônica em MID.

FLUOROSCOPIA 01/01/07:



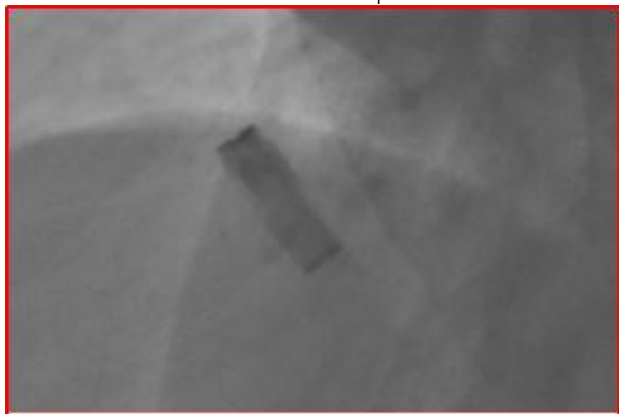
DIAGNÓSTICO:

Disfunção de prótese – Trombose de prótese

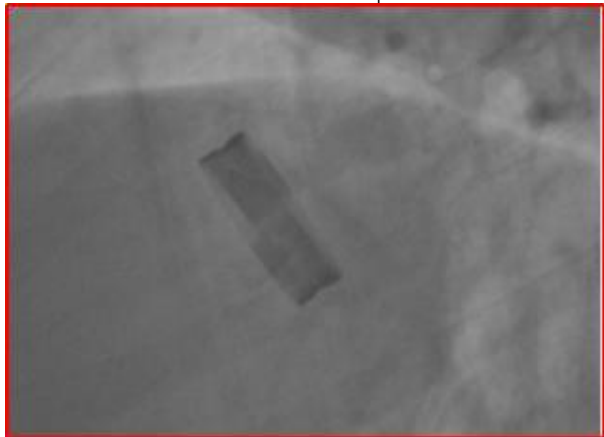
CONDUTA:

Iniciado Fibrinolítico: Estreptoquinase 250.000UI em 30min seguido de 100.000UI/h durante 72hs;

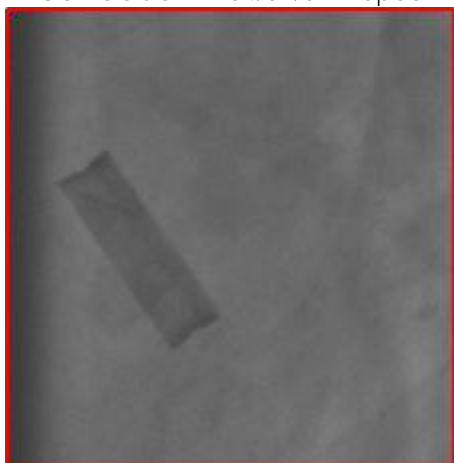
FLUOROSCOPIA 02/01/07 – após 24 do início da STK:



FLUOROSCOPIA 03/01/07 – após 48 do início da STK:



FLUOROSCOPIA 04/01/07 – após 72 do início da STK:



Durante o período de infusão do fibrinolítico, a paciente evoluiu com melhora importante da sintomatologia, estando assintomática ao término da infusão da droga, sendo então considerado o tratamento como sucesso parcial e indicado à cirurgia de troca valvar. Neste período, foi iniciado Enoxaparina 1mg/kg SC 12/12hs e, após 24hs, anticoagulação oral com INR alvo entre 2,5 a 3,5 e AAS 200mg/dia para posterior programação cirúrgica de troca de válvula mitral. Durante o pré-operatório, a paciente apresentou quadro de flebite sendo tratado com antibioticoterapia endovenosa com sucesso por 10 dias. Após este período de antibioticoterapia, foram realizados exames de imagem para programação cirúrgica que evidenciaram:

ECOCARDIOGRAMA – 15/01/07:

Ao = 28 / AE = 43 / VE = 29/46 / SIV/PP = 7/7 / Fe = 69% / PSAP = 44

Prótese mecânica tipo duplo disco em posição mitral, observa-se boa excursão de seus elementos móveis.

Gdmax: 11mmHg e GDmed: 5mmHg

Valva aórtica com abertura e mobilidade preservadas, folhetos discretamente espessados. Gsmax : 17mmHg e Gsmed : 10mmHg.

FLUOROSCOPIA - 15/01/07:



Devido à melhora clínica, ecocardiográfica e a fluoroscopia, optou-se pela alta hospitalar com AAS 100mg e Marevam com INR alvo entre 2,5 e 3,5.

CASO 2

Dr. André Feldman

Debatedores: Dr. Rui Fernando Ramos; Dra. Auristela Ramos; Dr. Carlos Gun

Identificação: J.L.S., 42 anos, masculino, branco, natural e procedente de SP, casado, professor, 2 filhos, católico.

Queixa e duração: Dor no peito há 50 minutos.

HPMA: Paciente refere dor retroesternal de forte intensidade (10+/10+) há 50 minutos, em aperto, sem irradiação, iniciada em repouso, sem fatores de melhora, acompanhada de sudorese profusa, náuseas e vômitos.

Antecedentes Pessoais:

HAS e dislipidemia

Ex-Tabagista (20 anos/maço - parou em 2002)

Atleta há 1 ano (corre 18 Km / dia, 6 X por semana)

Sem uso de medicação

Antecedentes Familiares: Pai com infarto aos 40 anos

Exame Físico:

REG, eupneico, hidratado, corado, afebril, acianótico

FC: 64 b.p.m. FR: 18 i.p.m. PA: 150 x 100 mmHg

BRNF em 2T, sem sopros. Ritmo regular

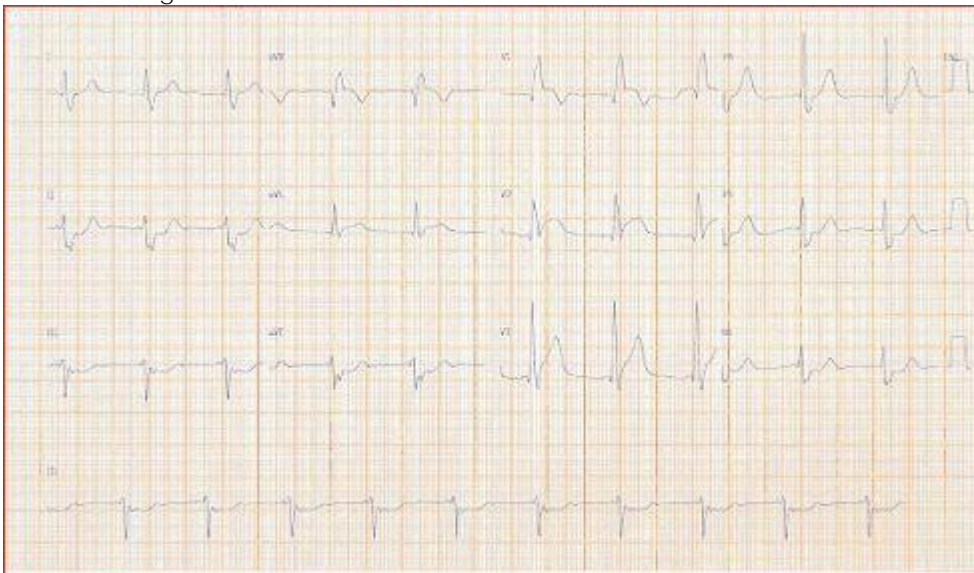
MV + bilateralmente sem ruídos adventícios

Abdome globoso, flácido, sem dor à palpação. Ruídos hidroaéreos presentes

Pulsos difusamente palpáveis, amplos e simétricos.

Diante de tal quadro clínico foi aventada a hipótese de uma Síndrome Coronária aguda tendo como principais diagnósticos diferenciais a dissecção aguda de aorta e tromboembolia pulmonar.

Eletrocardiograma:



Após a realização do eletrocardiograma, estabeleceu-se como principal hipótese infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST em um paciente com bloqueio de ramo direito ao qual não se sabia se era ou não pré-existente.

No pronto socorro, o paciente foi submetido a monitorização cardíaca, oxigenioterapia através de cateter a 2L/minuto, AAS na dose de 200mg, Clopidogrel na dose de 300mg, Metoprolol 5mg IV, nitroglicerina IV e foi encaminhado à sala de hemodinâmica para intervenção percutânea.

Na sala de hemodinâmica, observou-se que a coronária direita encontrava-se pérvia sem justificativa para o quadro atual do paciente (Figura 1) enquanto que nas projeções oblíquas anteriores direita e esquerda pode se observar oclusão completa da artéria descendente anterior em seu terço proximal.(Figuras 2 e 3)

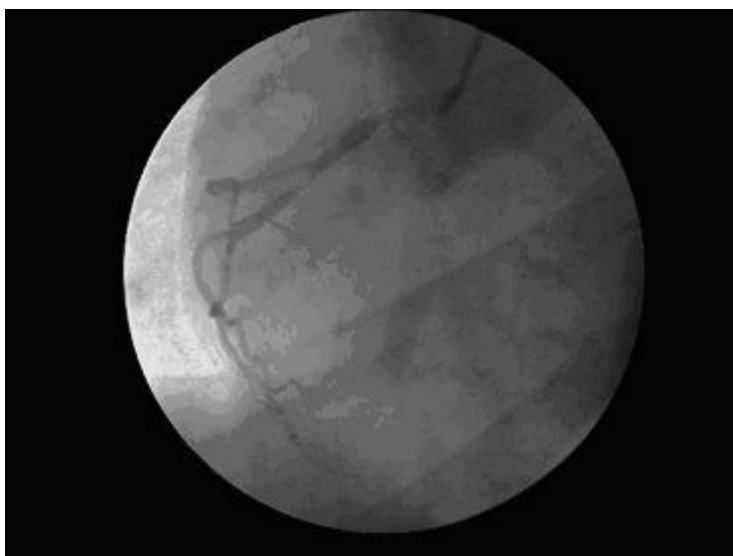
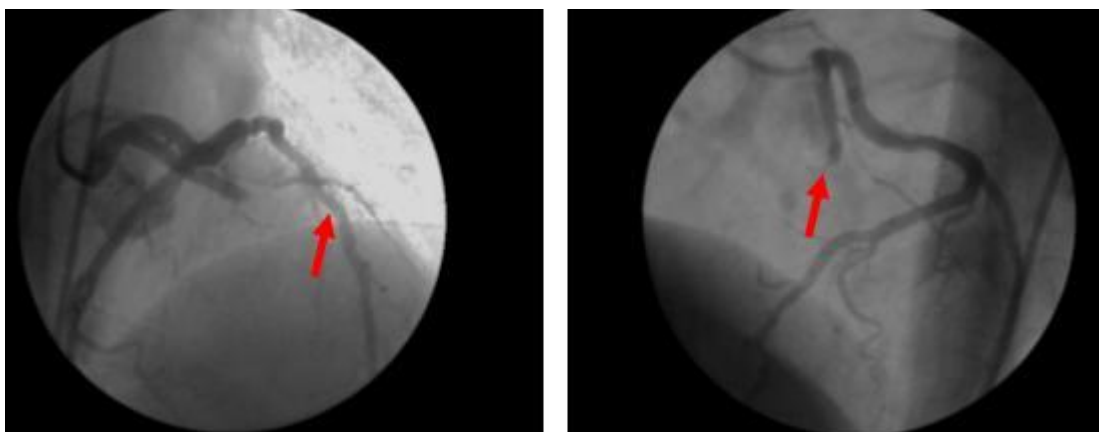
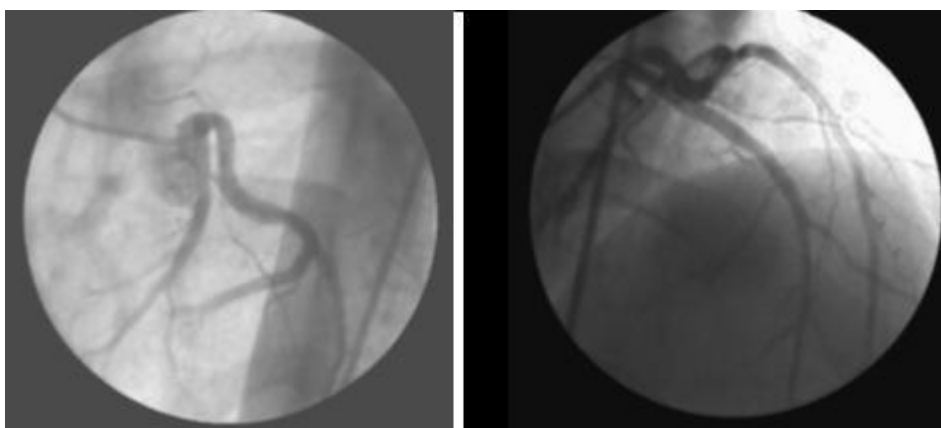


Figura 1. Coronária direita sem lesões obstrutivas



Figuras 2 e 3. Artéria descendente anterior com oclusão total proximal (setas)

A ventriculografia mostrou hipocinesia importante em paredes anterior e apical. O paciente foi submetido a angioplastia primária com colocação de stent não farmacológico com sucesso obtendo-se recuperação total de fluxo na artéria anteriormente acometida. (Figuras 4 e 5).



Figuras 4 e 5 . Artéria descendente anterior com fluxo TIMI-3

Após o procedimento, realizou-se novo eletrocardiograma evidenciando a melhora do supradesnivelamento do segmento ST permanecendo o paciente com bloqueio de ramo direito. (Figura 5)

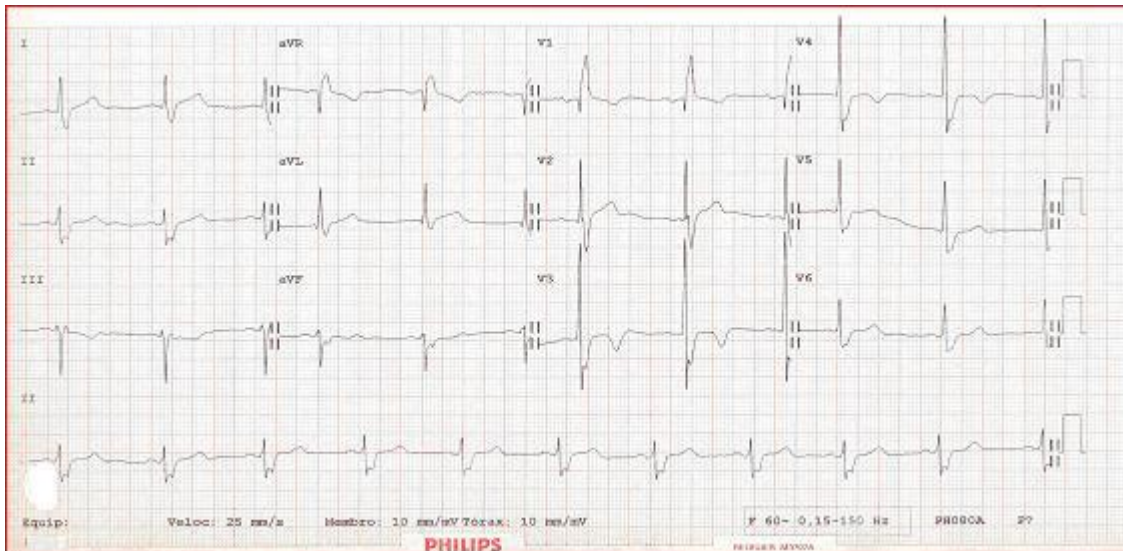


Figura 5. Eletrocardiograma pós angioplastia

O paciente foi conduzido à unidade coronária onde recebeu a seguinte prescrição:

- 1) Dieta leve hipossódica
- 2) AAS 100mg 1cp VO após o almoço
- 3) Clopidogrel 75mg 1 cp VO 1x ao dia
- 4) Sinvastatina 20mg 1cp VO à noite
- 5) Captopril 12,5 mg 1cp VO 8 / 8 hs
- 6) Atenolol 25mg 1cp VO cedo
- 7) Enoxaparina 40mg SC 1x ao dia

Por tratar-se de infarto agudo extenso optou-se por manter nitroglicerina intravenosa por mais 24 horas. O introdutor foi retirado após 4 horas sem intercorrências.

A evolução laboratorial pode ser vista abaixo:

25/08/06	26/08/06	27/08/06	28/08/06
CPK = 504	CPK = 1763	CPK = 1323	CPK = 662
CKMB = 22	CKMB = 68	CKMB = 33	CKMB = 18
Tropo = 4,26	Tropo = 17,2	Tropo = 15,2	Tropo = 13,7

Na⁺ = 138 mEq/L
 K⁺ = 3,9 mEq/L
 Glicemia = 92 mg/dL
 Hb = 14,6 g/dL
 Ht = 41,9 %
 Plaquetas = 185.000
 Leucócitos = 14.700 (s/ desvio)
 Colesterol total = 240 mg/dL
 HDL-col = 40 mg/dL
 LDL-col = 135 mg/dL
 VLDL = 45 mg/dL
 Triglicérides = 225 mg/dL

Colesterol total = 220mg/dL
 LDL-col = 135 mg/dL
 HDL-col = 40 mg/dL
 VLDL-col = 45 mg/dL
 Triglicérides = 220 mg/dL

O paciente apresentou boa evolução clínica recebendo alta da unidade coronária em dois dias e alta hospitalar em uma semana.