

Obesidad y presencia de vía oculta - 2008

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Ante una paciente obesa, cabe preguntarse:

¿Es obesa ginecoide, o en “pera” (piriforme)? es decir que acumula la gordura preferencialmente en la región glútea = a menos problemas cardiovasculares y co-morbidades: dislipidemia, diabetes, HAS.

¿Es obesa centrípeta, andróide visceral o central? En este caso con frecuencia se asocia a resistencia a insulina, e maior probabilidad de co-morbidades: dislipidemia, diabetes, HAS.

Al tipo lo determinamos con la aferición de la relación cintura-cuadril. Una circunferencia abdominal de cintura de $\geq 85\text{cm}$ en mujeres, o $\geq 98\text{cm}$ en hombres, está asociada a mayor riesgo de hipertensão, dislipemia, diabetes e mortalidade por doença arterial coronária. La relación ideal cintura/quadril es 0,8 en mujeres y 0,9 en hombres. Valores >1 indican obesidad andróide, y portanto, riesgo mayor.

Es importante determinar que grado de obesidad ella tiene. Para ello devemos emplear el cálculo del índice de masa corporal (IMC) = peso en kilos dividido pela altura em metros elevada ao quadrado.

O valor a ser alcanzado debe ser $< 25\text{kg/m}^2$. Según este índice el aumento ponderal lo clasificamos en:

- 1) **Sobrepeso, exceso de peso o grado I:** Pacientes con IMC entre 25kg/m^2 y 30kg/m^2 .
- 2) **Obesidad Grado II:** índice de masa corporal entre 30 kg/m^2 y 40 kg/m^2 .
- 3) **Obeso Grado III severo o mórbido:** índice de masa corporal $> 40\text{ kg/m}^2$. Este último grado se asocia a mayor morbi-mortalidad por hipertensión, coronariopatía, diabetes, dislipidemia, derrame cerebral, varices, flebitis, embolia pulmonar, hemorroides,

enfermedad osteoarticular, hernias y hasta algunos tipos de cáncer como el de mama, intestino y útero con una disminución média de la expectativa de vida de 20%.

Hallazgos

¿Cual es el valor de una hipocinecia septal? Muy relativo primero le haria un teste ergométrico si negativo y eficaz actividad moderada aeróbica e dieta hipocalórica ademas de estudio do perfil lipidico, función tiroidea, etc. La prueba de esfuerzo es de baja sensibilidad y especificidad. Si está en un centro con recursos una gama camara nos dejaria mas seguros talvez.

Cuanto al WPW ningun problema ya se muestra benigno al Holter por su intermitencia. Nosotros seguimos en la conducta el siguiente algoritmo (sigo en portugues)

1) Assintomáticos (80%):

- a) sem cardiopatia associada.
- b) com cardiopatia associada.

2) Assintomáticos (20%)

- a) sem cardiopatia associada.
- b) com cardiopatia associada.

1) Assintomáticos (80%): estratificar o risco em forma não invasiva com anamnese, ECG/VCG, Holter, TE e ECO:

A) Anamnese:

a) história clínica minuciosa procurando fazer lembrar ao paciente de eventos que tenham ocorrido ao longo da vida. Mesmo atualmente assintomáticos a referência de sintomatologia no passado para fim de estratificação do risco devem ser considerados sintomáticos.

b) determinar o tipo de atividade do paciente no sentido de saber se o mesmo tem profissão ou atividade esportiva de risco individual ou coletivo: corredor de carro ou moto, motorista de ônibus, piloto de avião ou helicóptero, pára-quedista, trabalhadores de andaimes, atleta de alta performance etc.

c) se é portador de patologia que propicie maior facilidade para o aparecimento de FA: estenose mitral, hipertireoidismo, hipertrofia miocárdica importante, MH, Ebstein, etc.

B) ECG/VCG:

- 1) Delta negativa em V1: do VD: associado a:
 - a) Delta negativa nas inferiores: Pósteroseptal.
 - b) ÂQRS inferior: ântero-septal.
 - c) ÂQRS esquerdo: parede livre do VD

- 2) Delta positiva em V1: do VE.
 - a) Delta negativa nas inferiores: Pósteroseptal.
 - b) Delta negativa nas esquerdas: Lateral esquerdo.

Intermitência espontânea: benignidade.

C) Holter/24h:

- 1) Flagar eventuais eventos taquiarrítmicos.
- 2) Registrar intermitência espontânea da pré-excitação: benigno p/ via acessória com período refratário longo.
- 3) Pode registrar taquicardia por macrorreentrada ou taquicardias atriais pré-excitadas que podem indicar maior risco de morte súbita.

D) TE:

Via estímulo adrenérgico – pode facilitar a condução pela via normal diminuindo ou abolindo a condução pela via em paralelo.

- 1) Diminuição do grau de pré-excitação: (50%) afasta via anômala com período refratário anterógrado curto.
- 2) Abolição súbita da pré-excitação: (18%) via acessória com período refratário longo (benigno).
- 3) Manutenção do padrão de pré-excitação pré-esforço: não indica necessariamente alto risco.

4) Indução a surtos de taquiarritmias: TPSV ortodômica, antidrômica ou FA.

Valor do TE:

- 1) Baixa sensibilidade para provocar arritmias.

2) Eventualmente permite analisar o comportamento da via acessória durante o estresse físico e assim, pode mostrar macrorrentada ou taquicardias atriais pré-excitadas indicativas de maior risco de MS.

3) Pode ser útil para identificar pacientes com baixo risco de MS: desaparecimento da pré-excitação no pós-esforço.

E) ECO: diagnostica se o WPW é isolado ou associado a cardiopatias que aumentem as chances de aparecimento de FA: estenose mitral, MH, CIA, Ebstein, etc. Indicado EEF com o intuito de determinar a medida do menor intervalo RR pré-excitado: se menor do que 250ms: via acessória com período refratário curto e com maior risco de MS. Conduta: ablação.

MS no WPW é um fato raro e catastrófico sendo mais raro recupera-los de este evento. A conduta de escolha nestes casos é ablação. Jamais tentar usar fármacos em pacientes com WPW recuperados de MS. A estratificação do risco realiza-se mediante a determinação do potencial de desenvolver FA e/ou o estudo EEF: período refratário anterógrado da via acessória for menor que 250ms risco de MCS Conduta: ablación. Consideram-se pacientes com tendência a FA aqueles com via anômala de localização pósteroseptal manifesta, sexo masculino e idosos.

Conclusões

É muito importante desde o ponto de vista terapêutico procurar determinar as características da via ou vias acessórias. Assim, de acordo as propriedades eletrofisiológicas das vias o WPW foram classificados por Brugada como:

WPW com via lenta.

WPW com via rápida: período refratário anterógrado menor do que 270ms e período refratário efetivo ventricular menor do que 220ms.

Registro de intermitência espontânea no ECG, VCG ou Holter:

WPW com via lenta: indica via acessória lenta.

WPW com via rápida: afasta esta hipótese

Desaparecimento da pré-excitação intra ou pós esforço:

WPW com via lenta: indica via acessória lenta.

WPW com via rápida: afasta esta hipótese.

Estudo eletrofisiológico invasivo:

WPW com via lenta: menor intervalo RR pré-excitado **maior** do que 250ms

WPW com via rápida: menor intervalo RR pré-excitado **menor** do que 250ms.

Presença de taquiarritmia com caráter sustentado:

WPW com via lenta: Excepcional

WPW com via rápida: Orienta. Aumenta a chances de MS.

Intervalo RR pré-excitado **menor** do que 250ms: Ablação.