

CONCLUSÃO CASO CLÍNICO

Andrés Ricardo Pérez Riera

Nome: A. M. S

Estado Civil: Casada.

Idade: 42 anos

Sexo: Feminino

Raça: Branca

Naturalidade: Salinas-Minas Gerais/Brasil.

Moradora da cidade de Santo André - São Paulo
há 27 anos

Escolaridade: Nível Superior Completo
(Enfermeira de UTI)

QD: Síncope há 1 min.

HPMA: Paciente durante seu trabalho na UTI, apresentará súbita visão turva, seguida de perda de consciência com recuperação rápida em segundos. O evento ocorrerá ao levantar-se depois de apanhar objeto no solo. Sem sinais premonitórios ou prodrômicos.

Apresentou recuperação parcial do nível de consciência após 15 segundos, mantinha-se pouco responsiva, desorientada e relatava palpitação e vertigem.

Negava dor precordial.

ISDA: n.d.n

AP: Não havia relatos de episódios semelhantes prévios.

Negava HAS, Diabetes, Coronariopatia ou outras doenças.

Sedentária

AF: irmão Chagásico procedente de área endêmica.

Hábitos: Tabagista 5 cigarros/dia por 15 anos

EXAME FÍSICO

Ao exame: PA: 90 x 60 mmHg, FC: 200 bpm

Sat: 92%

Geral: MEG, sudorêica, pálida, desorientada, acianótica.

Cabeça/pescoço: pulso carotídeo presente, cheio, bilateral.

ACV: BRNF a 2T sem sopro, taquicárdica: 200bpm, pulsos radiais e demais pulsos periféricos finos.

AP: taquipnêica, FR: 30bpm, MV+ sem RA

Abdome: plano, flácido, indolor, RHA+

Extremidades: frias, enchimento capilar diminuído, sudorese em mãos e pés.

Neuro: pupilas isocóricas/ foto +, Glasgow: 13, AO: 3 (ao chamado), RV: 4 (desorientada), RM: 6 , sem déficits sensitivos ou motores.

Sem sinais de liberação esfinteriana, sialorréia ou outros comemorativos.

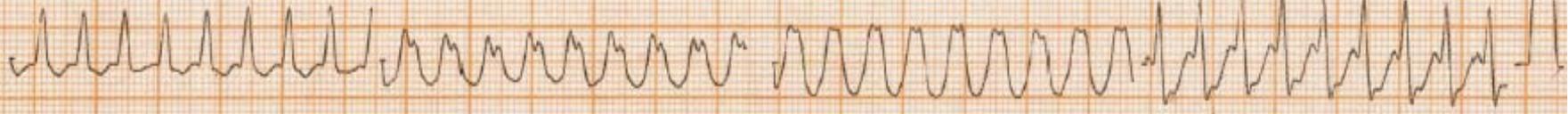
1 013 E100 N 25

V1

V2

V4

V6



II

V1

V2

V5



III

V1

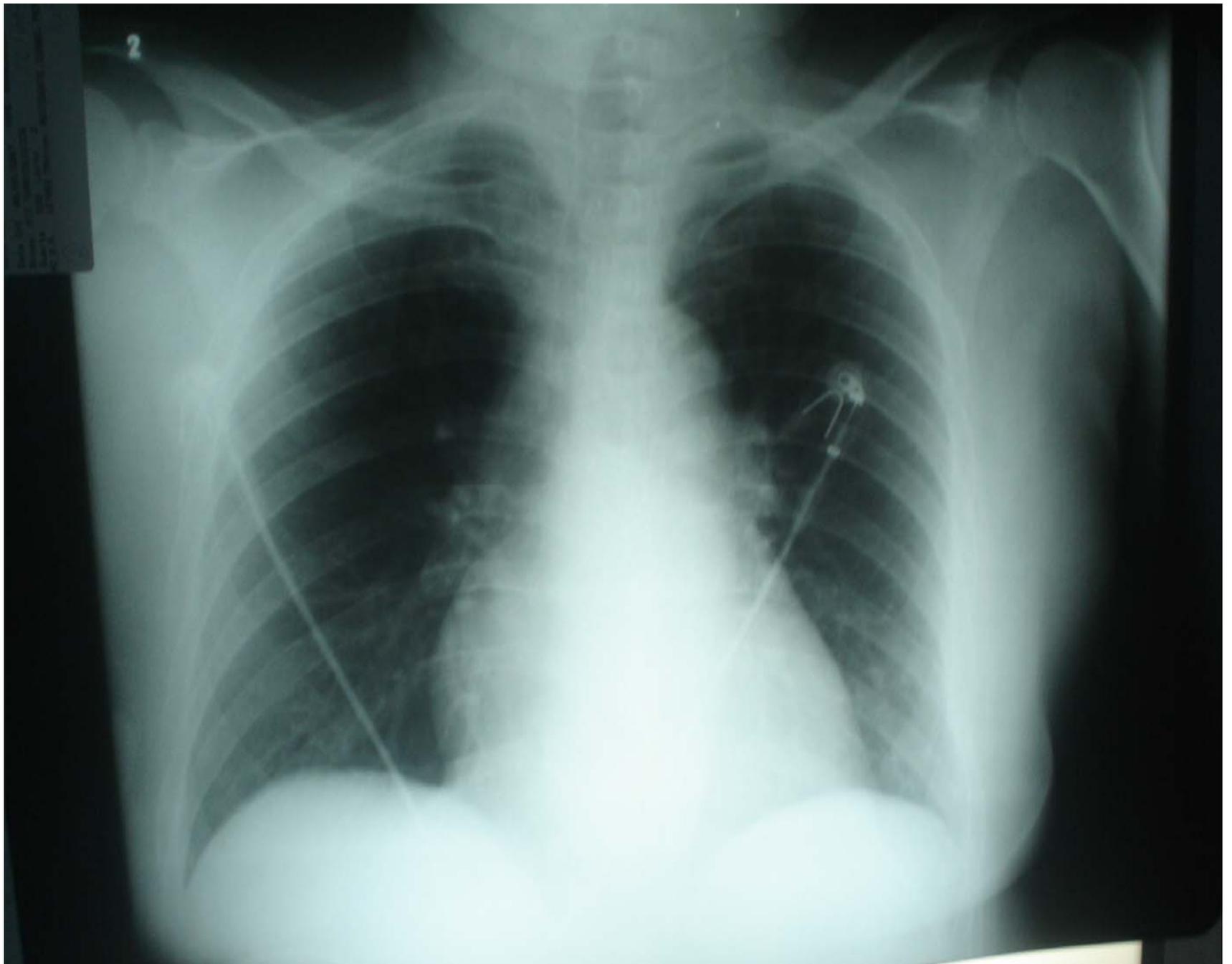
V3

V5



II







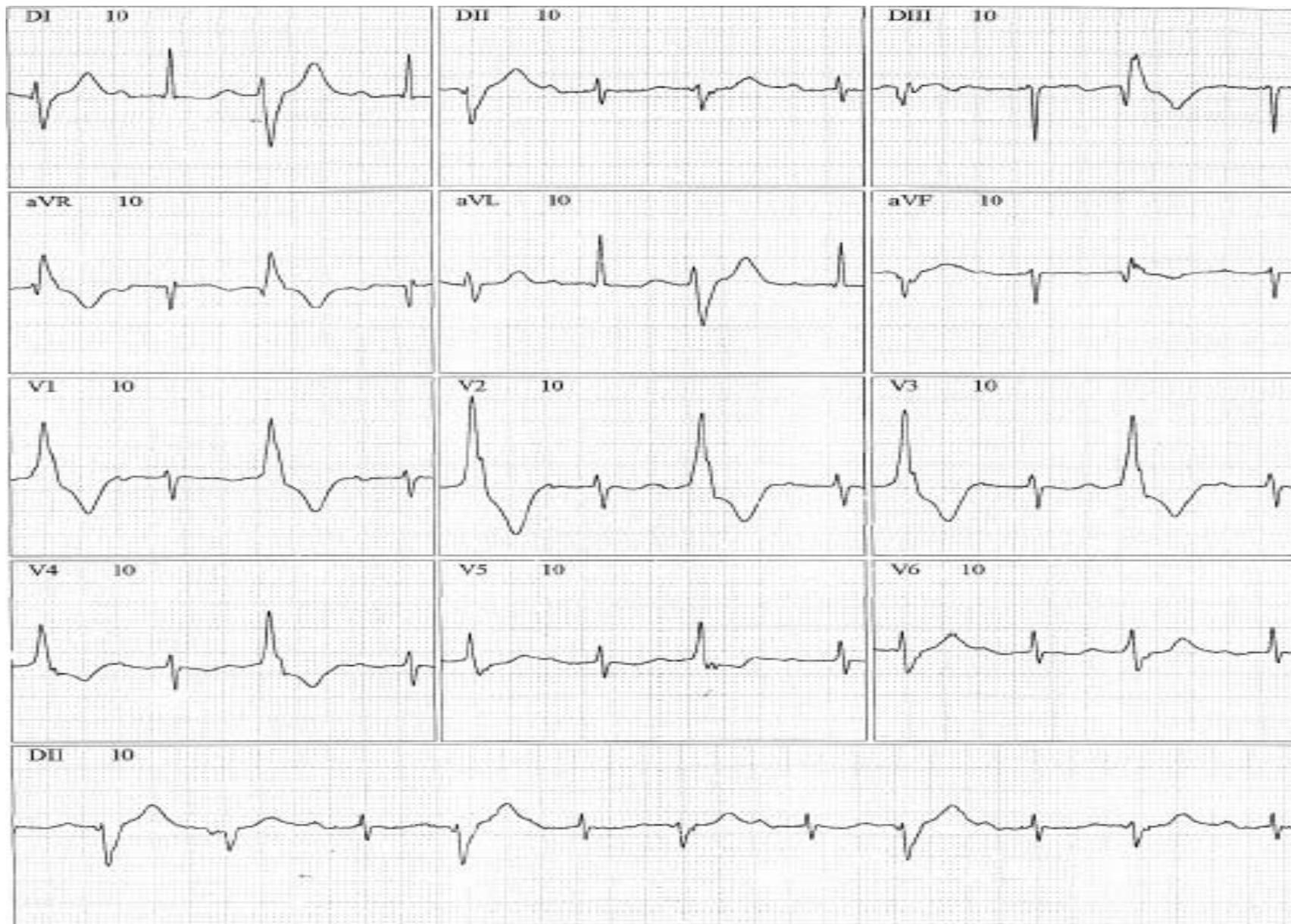
Evolução

Conduta:

Optado por realização de cardioversão elétrica(CVE) para reversão do ritmo

Realizada com 300J após sedação

Após CVE paciente apresentou melhora dos sintomas, retornando com estabilidade hemodinâmica, PA:120 x 85 mmHg e FC: 100bpm, mantendo com extra-sístoles freqüentes no monitor



Evolução

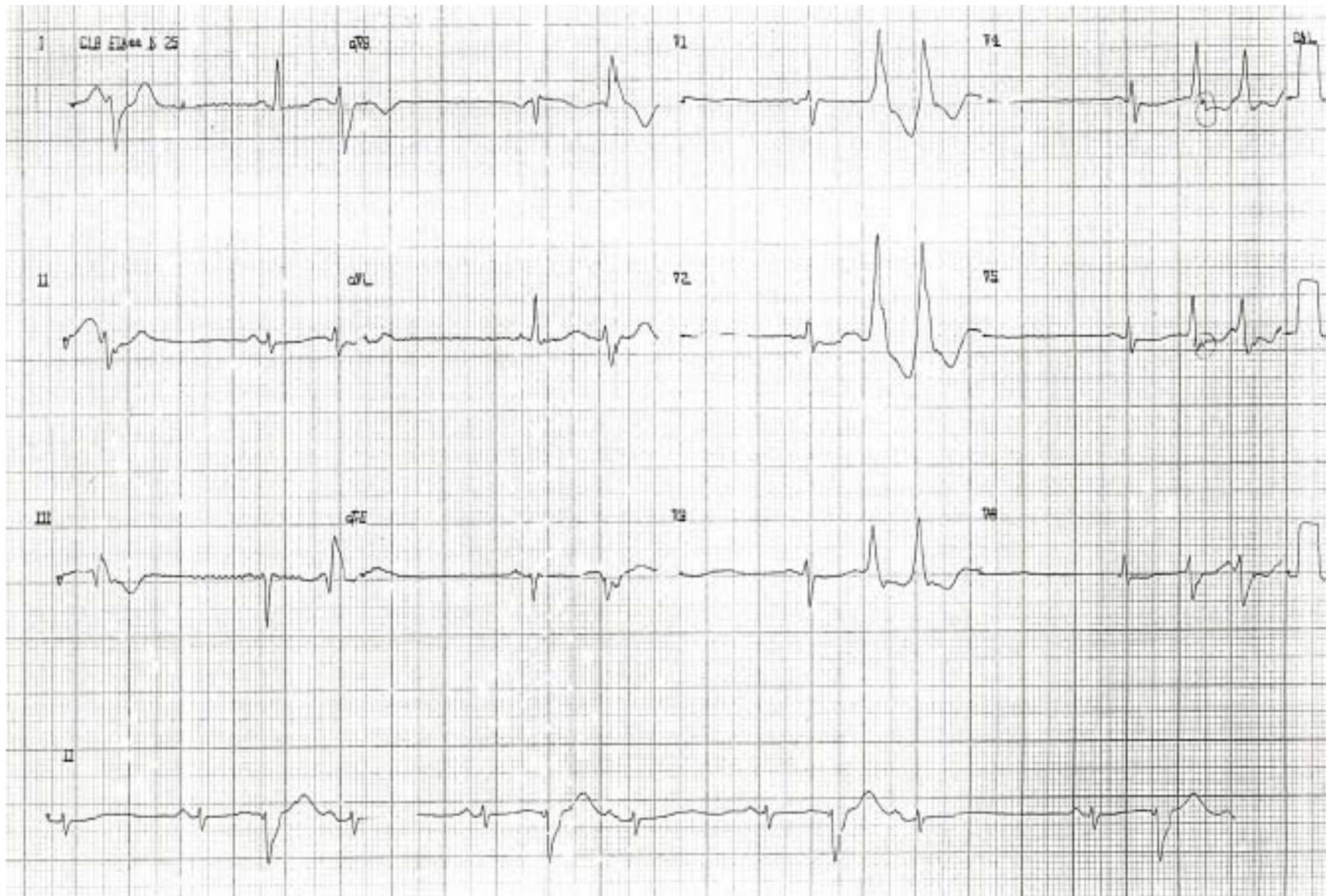
Optado por iniciar droga antiarrítmica:

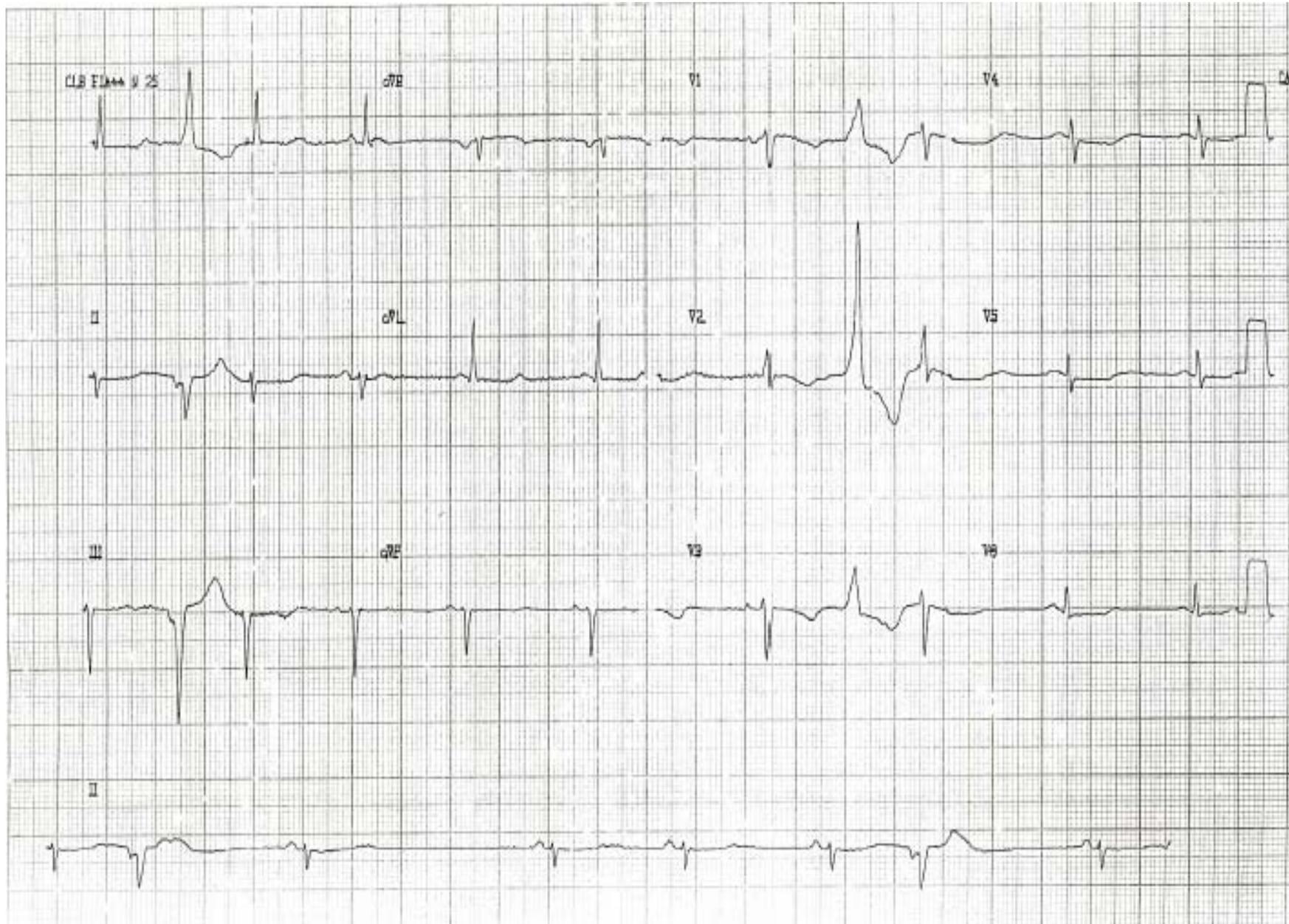
Amiodarona 150 mg IV bolus

Manutenção: 1mg/min nas 6h iniciais

0,5 mg/min nas 18h subseqüentes

Totalizando: aproximadamente 1g/24h





Exames

Exames:

Hb: 14,3 g/dL

Ht: 41%

Lo: 13.020 mm³

Pl: 181.000

Na: 137 meq/L

K: 4,2 meq/L

Ca: 1,12 meq/L

Mg: 2,6 meq/L

Uréia: 56 mg/dL

Creatinina: 0,8 g/L

TSH: normal

T4L: normal

Sorologia para

Chagas: positiva

ECOCARDIOGRAMA

AO: 33mm

Septo: 9mm

AE: 42mm

P. P: 9mm

AD: 19mm

FE: 38%

DDVE: 60mm

(método: Teicholtz)

DSVE: 49mm

Comentários:

Aumento discreto AE e VE

Disfunção sistólica do VE moderada por hipocinesia difusa discreta e moderada ínfero-basal.

Padrão de enchimento do VE do tipo alteração do relaxamento

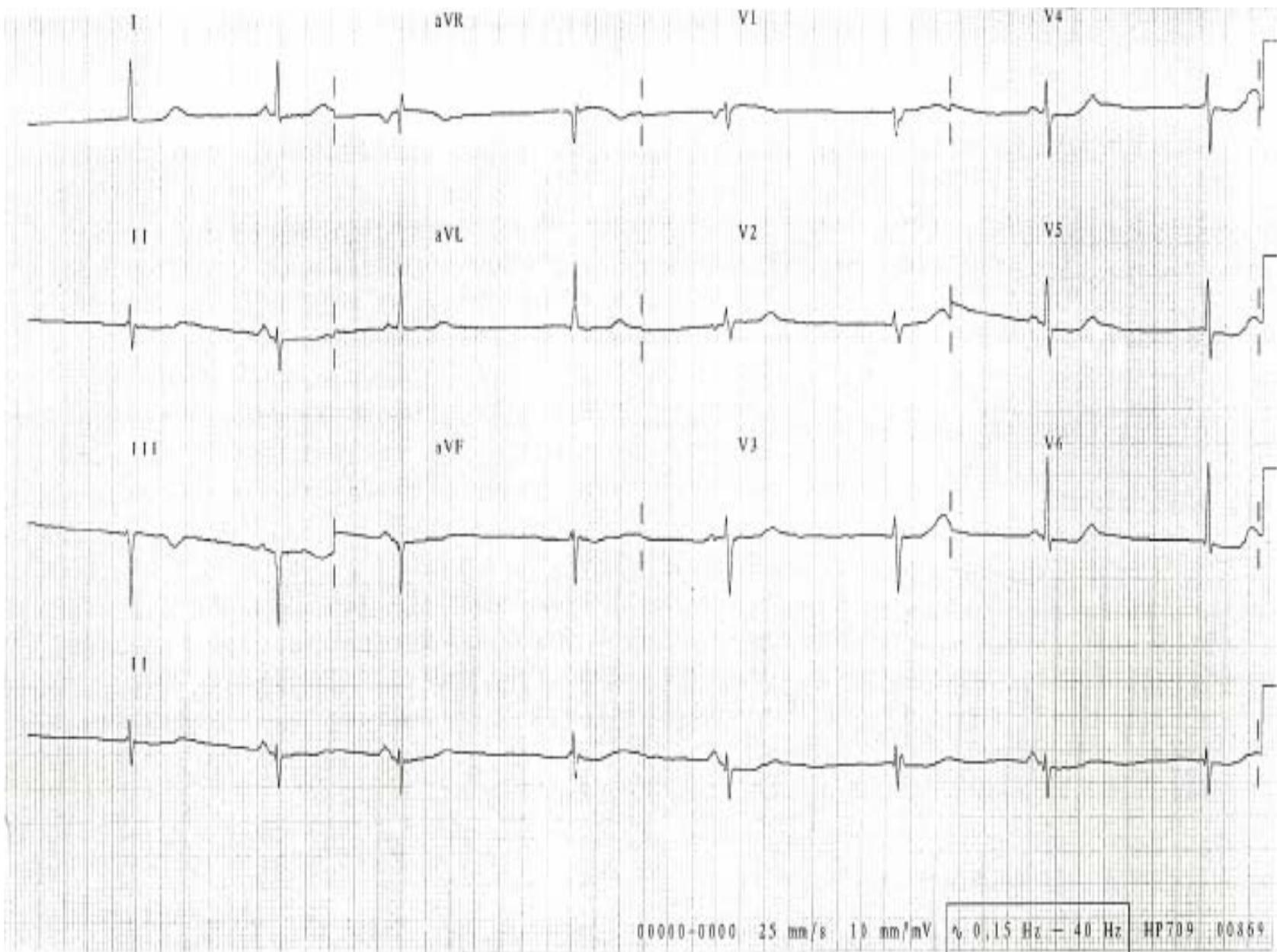
EVOLUÇÃO

Optado por:

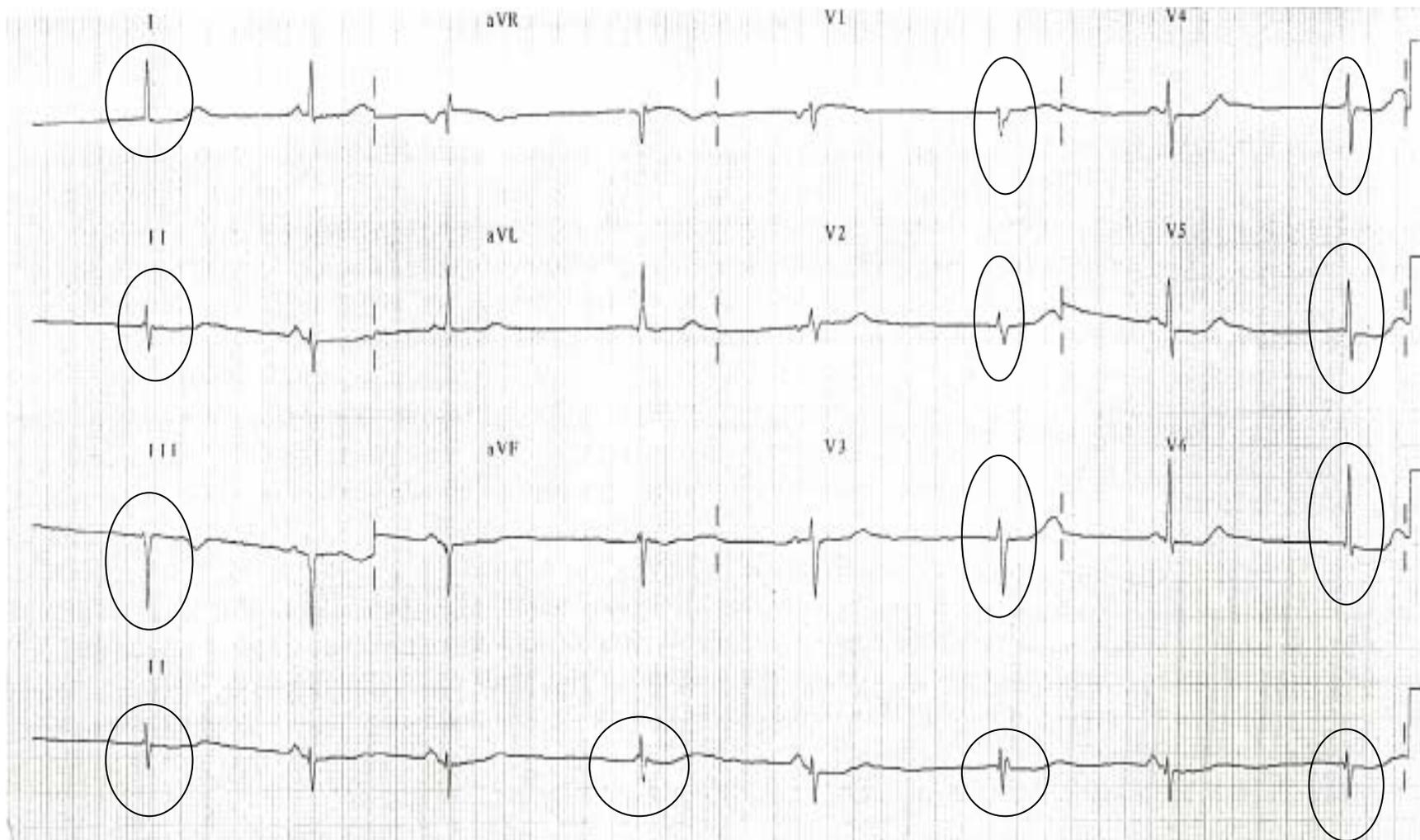
Amiodarona VO 200mg 8/8h

Iniciado terapêutica para Insuficiência Cardíaca:

- Enalapril 10mg 12/12h
- Carvedilol 6,25mg 12/12h
- Aldactone 25mg /dia

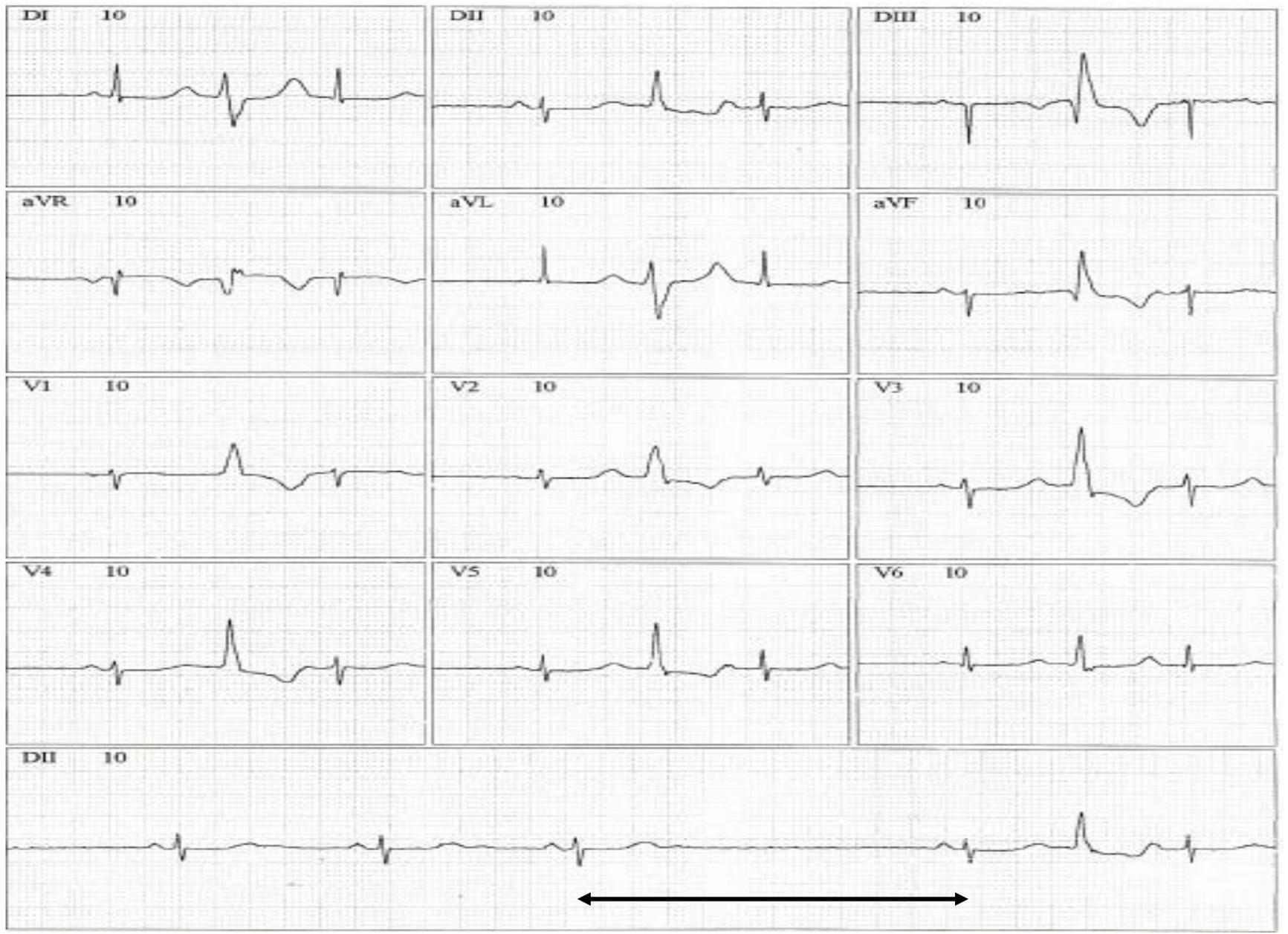


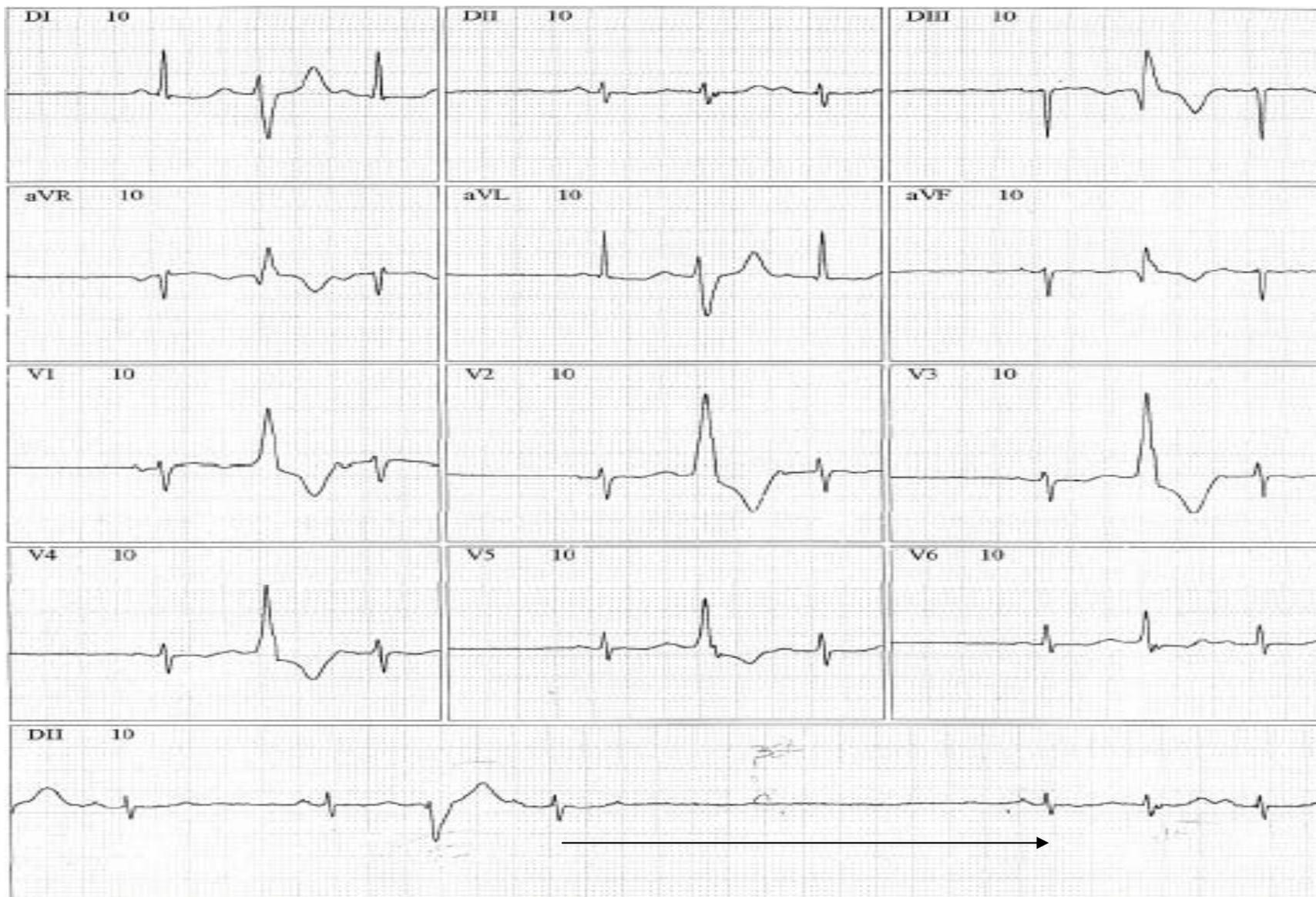
00000-0000 25 mm/s 10 mm/mV v 0,15 Hz - 40 Hz HP709 00869



Ritmos Escapes Supraventriculares

00000-0000 25 mm/s 10 mm/mV $\approx 0,15$ Hz - 40 Hz HP709 00869





Evolução

Paciente iniciou quadro de:

- Bradicardia sintomática
- Lipotímia/pré-síncope
- Tontura
- Hipotensão PA: 70 x 30mmHg
- Hipotensão postural
- Náuseas

Optado por passagem de MCP TV para controle de frequência e otimização do tratamento.

Holter

Análise

Quantidade minutos analisados: 1425

Total de batimentos: 75941

A FC média foi de 49 b.p.m

(com máxima de 91 e mínima de 41)

Episódios Ventriculares: 8037

0 Pausas e 8 Taqui-V

Episódios Supraventriculares: 98

0 Taqui-SV

Conclusões

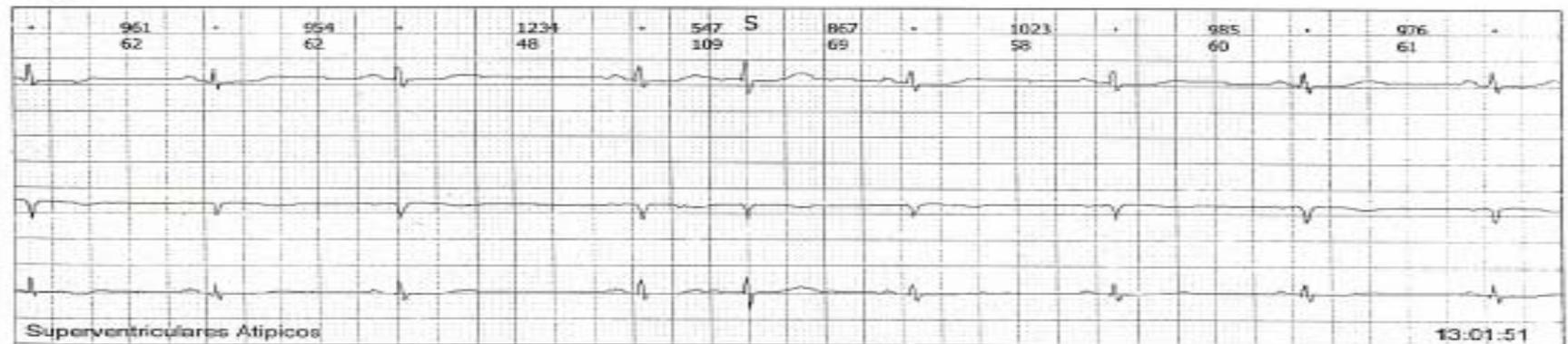
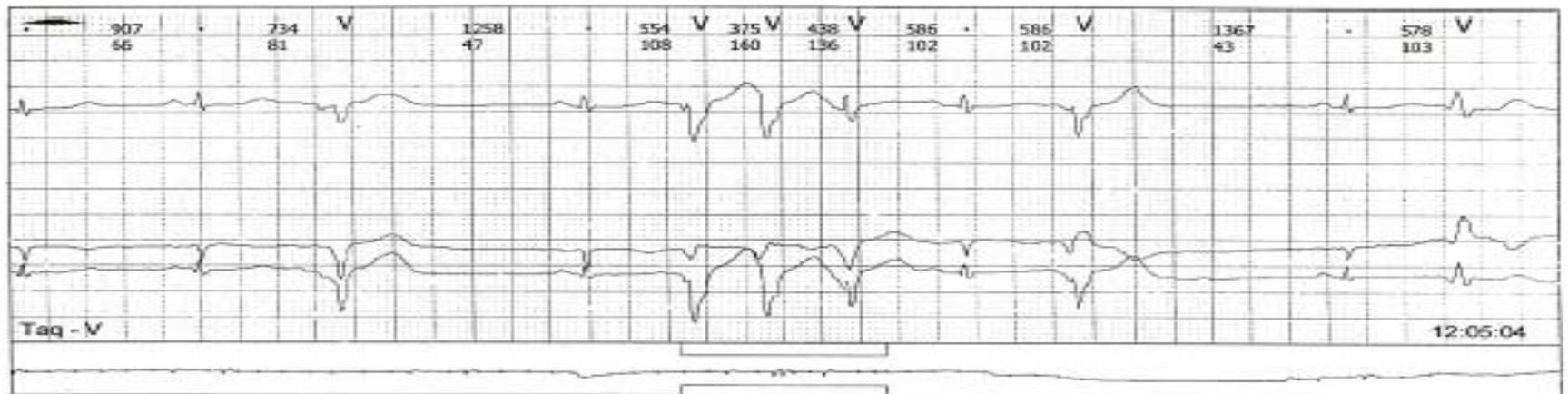
Ritmo de base sinusal

Presença de espícula de marcapasso sem comando ventricular

As alterações do segmento ST-T não tiveram significado clínico

Paciente não referiu sintomas

QTC – 443ms



Coronariografia

Lauda

Coronárias normais

Padrão balanceado de dominância

VE: volume diastólico final discretamente aumentado

hipocinesia difusa discreta e moderada ínfero-basal.

Estudo Eletrofisiológico

Medidas Basais

PR= 92 ms

RR= 954 ms

QRS= 90 ms

AH= 62ms

QT= 404 ms

HV= 48 ms (normal até 55 ms)

Estudo Eletrofisiológico

ESTIMULAÇÃO ATRIAL DECREMENTAL

O exame foi iniciado em ritmo sinusal com extra-sístoles ventriculares isoladas e freqüentes com morfologia de bloqueio de ramo direito e eixo superior em presença de bloqueio divisional antero-superior

A estimulação atrial decremental demonstrou um ponto de Wenckebach de 390ms e o tempo de recuperação do Nó sinusal aumentado = 1942 ms com ciclo básico de 600 ms e 550 ms (TRNS corrigido = 1012 ms)

ESTIMULAÇÃO VENTRICULAR DECREMENTAL

Apresentando dissociação ventrículo – atrial

ESTIMULAÇÃO VENTRICULAR PROGRAMADA

A estimulação ventricular programada com ciclo básico de 450 ms e extra-estímulos de 340/280/230 ms em sítio apical do VD induziu TV sustentada reprodutível com instabilidade hemodinâmica

CONCLUSÕES

- CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA FORMA MISTA: COM DISFUNÇÃO VENTRICULAR DE GRAU MODERADO E ARRITMIA:
- SINAIS DE DOENÇA DO NÓ SA: TEMPO DE RECUPERAÇÃO AUMENTADO
- TVM-S HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL

Após estudo eletrofisiológico

Optado por implante de Cardiodesfibrilador- CDI.

Realizado no Hospital Mário Covas dia 16/08/2007
com sucesso.

Paciente recebeu alta hospitalar dia 18/08/2007.