Relatos Casos Clinicos

PO - (UM17-1311) - SÍNDROME WOLF PARKINSON WHITE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Pinto[1]; Cristina Xavier[1]; Mário Esteves[1]

1 - USF Planalto - ACES Lezíria

SÍNDROME WOLF PARKINSON WHITE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Enquadramento: O Síndrome Wolf Parkinson White (Sd. WPW) é uma taquiarritmia onde os impulsos eléctricos entre as aurículas e os ventrículos são conduzidos por uma via acessória. O ECG basal mostra um intervalo PR curto e a característica "onda delta" no QRS. Existem duas taquiarritmias associadas:

- Taquiarritmias com complexo QRS estreito: a taquicardia mais frequentemente associada ao Sd. WPW;

- Taquiarritmias com complexo QRS largo: a taquicardia potencialmente mais grave associada ao Sd. WPW, pois resulta numa frequência ventricular rápida e possivelmente comprometimento hemodinâmico.

A Hipertensão Arterial (HTA) é a elevação crónica da PA (sistólica ≥140 mmHg ou diastólica ≥90 mmHg), sendo que em 80 a 95% dos pacientes a etiologia é desconhecida. É uma patologia que causa hipertrofia do coração, evoluindo para insuficiência cardíaca, podendo culminar em amplas comorbilidades. Segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia existem cerca de dois milhões de hipertensos em Portugal e apenas 25% deste número estão medicados.

Descrição do caso: Utente de sexo masculino, 36 anos de idade, vem a consulta de rotina por ter tensão arterial elevada avaliada na Medicina do Trabalho. Antecedentes pessoais a salientar: hiperuricemia durante a adolescência, miopia desde os 18 anos, um episódio de síncope miccional aos 27 anos, tabagismo, atualmente quantificado em 17 UMA. Sem medicação habitual. Tem como antecedentes familiares mãe com HTA essencial, pai faleceu por doença cardíaca que não sabe especificar. No exame objectivo apresentava: AP sem alterações; AC s1 e s2 audíveis, rítmicos, sem extra-sons; IMC 32 kg/m^2; TA 138/93 mmMg; FC 92 bpm. Pediram-se análises, monitorização ambulatória da pressão arterial (MAPA) e electrocardiograma (ECG). Na consulta seguinte apresentava-se assintomático quanto a palpitações mas ansioso. O ECG documentava padrão de pré-excitação do tipo Wolf Parkinson White. O MAPA apresentava HTA grau I e as análises eram normais. Pediu-se Holter que mostrou novamente padrão de pré-excitação com rara extrassístolia supraventricular de apresentação isolada e ecocardiograma que não apresentava alterações. Iniciou nebivolol 5mg (1cp/dia), dieta com restrição salina e foi feita referenciação para Cardiologia no HDS. Programou-se consulta para dentro de 6M com o intuito de reavaliar a TA.

Discussão: Escolhi este relato de caso pois combina uma patologia com elevada prevalência na prática clínica, sendo o 2º problema de saúde crónico mais prevalente dos utentes da unidade, com a revisão de uma patologia grave, possivelmente fatal, de sintomatologia insidiosa ou até mesmo inexistente. Concluo relembrando o quarto princípio da Medicina Familiar "O médico de família encara os seus doentes como uma população em risco." de *Mcwhinney*.