

Relatos Casos Clínicos

PD - (UM18-2529) - NEM TUDO O QUE "PALPITA" É ANSIEDADE

Andreína Fernandes¹; Alexandra Lemos¹; Maria Inês Vasconcelos¹

1 - USF Atlântico Norte

Enquadramento

A cardiomiopatia induzida por arritmias (CMIA) é uma condição potencialmente reversível que leva a uma disfunção ventricular induzida ou mediada por arritmia auricular ou ventricular. Tipicamente tem uma evolução lenta, de meses ou anos, embora uma arritmia recorrente possa induzir um rápido declínio da função ventricular com eventual evolução para insuficiência cardíaca, sugerindo eventual cardiopatia estrutural, podendo até estar na origem de casos de morte súbita.

Descrição de caso

Homem de 33 anos de idade, fumador de 8 unidades maço ano, medicado com loflazepato de etilo em SOS e escitalopram 10mg id no contexto de quadro interpretado como perturbação da ansiedade. Por agravamento das queixas de palpitações, dispneia, aperto torácico e cansaço, foram solicitados ECG com registo em ritmo sinusal (RS) e uma extrassístole supraventricular (ESSV), seguido de ecocardiograma, sem alterações, e Holter que revelou RS, sem referência a sintomas, com frequências cardíacas médias e variação circadiana ajustadas, ESSV muito frequentes (n=1981) com um discreto predomínio nocturno, observando-se um par, extrassístoles ventriculares (ESV) polimórficas também muito frequentes (n=1135) dispersas, sendo evidentes dois pares, sem pausas ou alterações do segmento ST-T, pelo que foi solicitada consulta urgente de Cardiologia.

Uma semana depois recorreu ao serviço de urgência por episódio de palpitações, dispneia e dor pré-cordial associado ao esforço. À entrada foi documentada taquicardia mantida de QRS largos (padrão de bloqueio completo do ramo direito), 255 bpm, negativo nas derivações inferiores, positivo em DI, aVL, aVR com instabilidade hemodinâmica que reverteu após amiodarona ev. Durante o internamento realizou ecocardiograma que revelou ventrículo esquerdo (VE) de dimensão normal, hipocinesia global condicionando uma fracção de ejeção (F.Ej do VE de 42%. A coronariografia não apresentou lesões significativas e a RMN cardíaca revelou um VE com volumes no limite superior da normalidade e função sistólica global (FSG) no limite inferior da normalidade (F.Ej: 54%); realce tardio intramiocárdico nos segmentos basais septais, inferior e inferolaterais e nos segmentos médios infero-lateral, inferior, laterais e anterior, em padrão não isquémico, inespecífico, compatível com taquimiopatia ou fase inicial de miocardiopatia dilatada. Perante extensa área de realce tardio em doente jovem, optou-se por implantação de cardioversor desfibrilhador implantável subcutâneo. Teve alta medicado com sotalol em baixa dose e consulta de arritmias. Sem novos episódios até à data.

Discussão

Os critérios diagnóstico de CMIA permanecem por definir. No entanto, em doentes com disfunção ventricular esquerda de novo e evidência de taquicardia recorrente ou crónica com frequências acima dos 100 bpm, após exclusão de cardiomiopatia isquémica, o diagnóstico de CMIA pode ser sugerido por ausência de outra causa de cardiomiopatia não isquémica, ausência de HVE, dimensões do VE dentro da normalidade, recuperação da função ventricular esquerda após controlo da taquicardia no espaço de 1 a 6 meses ou rápido declínio da FEVE se recorrência da taquicardia.

O Médico de Família assume um papel primordial no reconhecimento e abordagem de diagnósticos diferenciais perante quadros clínicos recorrentes, assim como no seguimento e controlo de fatores de risco cardiovasculares que estejam implicados no agravamento de patologias potencialmente fatais.

