

## Relatos Casos Clínicos

### PD-006 - (UM19-5114) - QUANDO A VIDA MUDA DE UM DIA PARA O OUTRO...

Patrícia Pimentel Borges<sup>1</sup>; Ana Filipa Fernandes<sup>2</sup>; Ana Carolina C. Marques<sup>2</sup>

1 - USF D. Sancho I; 2 - USF Vale do Sorraia

A Síndrome de Brugada(SB), causa de morte súbita(MS) na ausência de alterações estruturais cardíacas, manifesta-se geralmente na idade adulta (idade média de diagnóstico aos 41 anos). A SB é uma entidade clínica hereditária estando, a mutação do gene SCN5A, presente em 15-30% dos doentes. O diagnóstico de SB é mais comum após um evento clínico significativo, como a síncope, associado ao aparecimento de um padrão de Brugada no eletrocardiograma(ECG).

LC, sexo masculino, 47 anos, condutor de veículos pesados, antecedentes pessoais de obesidade, dislipidémia controlada com pitavastatina, hábitos tabágicos (20UMA) e por vezes excessos alcoólicos. Sem hábitos toxicofílicos.

Recorreu à consulta por episódio de síncope no domicílio, em repouso, com pródromos (palpitações), duração de poucos minutos, sem convulsão ou incontinência dos esfíncteres. Ao exame objetivo, tensão arterial sentado e em pé, auscultação cardíaca e exame neurológico sem alterações. Pediu-se ECG urgente que revelou “padrão de Brugada tipo 1 com supradesnivelamento do segmento ST de V<sub>1</sub> a V<sub>3</sub> e onda T negativa”. Realizou também ecocardiograma sem alterações estruturais. Foram dadas recomendações ao doente sobre alterações de estilo de vida como evicção do tabaco e do álcool e combate precoce da febre com a toma de paracetamol (dado a febre ser um *trigger* para padrão de Brugada no ECG). Foi passado certificado de incapacidade temporária dado o doente ter uma profissão de risco e referenciou-se com urgência para a consulta de Cardiologia. Realizou-se ainda Genograma com o intuito de perceber a presença de fatores de risco ou patologias do foro cardiovascular de transmissão hereditária. Nas diferentes gerações verificaram-se padrões de repetição de patologias como HTA e Diabetes Mellitus, dislipidémia e obesidade. Sem antecedentes familiares de SB ou de MS antes dos 50 anos.

Tudo mudou a partir do diagnóstico de SB. Deixou de fumar e de cometer excessos com álcool, porém deixou de trabalhar, o que levou a quadro depressivo e ansioso com necessidade de apoio nos cuidados de saúde primários e secundários. Nesse período, realizaram-se múltiplas consultas de vigilância e contactos telefónicos para apoio ao doente e à sua família. Em Novembro/2018 colocou um cardioversor desfibrilhador implantável(CDI). Mesmo após a colocação do CDI o doente manteve episódios de ansiedade com recorrência frequente aos cuidados de saúde, tendo sido, por isso, aumentado o seu acompanhamento na consulta e referenciado para a consulta de psicologia. Atualmente encontra-se mais controlado. Tratando-se de uma doença genética foi pedido teste genético ao doente e controlo eletrocardiográfico a todos os irmãos e filha.

As manifestações clínicas da SB estão relacionadas com arritmias ventriculares ameaçadoras de vida daí a importância da adequada valorização de sinais e sintomas por parte do Médico de Família(MF), permitindo o diagnóstico e referência atempada de uma patologia grave, muitas vezes silenciosa e potencialmente fatal. O MF tem também um papel preponderante no apoio psicológico destes doentes. O facto de os observarmos repetidamente ao longo do tempo permite-nos não só ter maior conhecimento sobre os mesmos como também nos permite ser o melhor gestor de todos os recursos disponíveis para conceder o melhor acompanhamento.