

AUTOR: GABRIELA ASSIS RANGEL DE ABREU – Hospital Universitário Pedro Ernesto.

CO-AUTORES: THAÍS NUNES CHICRALLA- Hospital Universitário Pedro Ernesto; LUCAS RANGEL DE SOUZA AZEVEDO- Hospital Universitário Pedro Ernesto; LOURENÇO RAPOSO TORRACA- Hospital Universitário Pedro Ernesto; THALES CARDOSO WHATELY- Hospital Universitário Pedro Ernesto; ALINE CAVALCANTI DE SANTANA CORVINO- Hospital Universitário Pedro Ernesto; BRAULIO JOSÉ DE SOUZA BARCELOS- Hospital Universitário Pedro Ernesto; CAROLINE HENRIQUES DE MATTOS- Hospital Universitário Pedro Ernesto; ANDRESSA BRAGA BARROS- Hospital Universitário Pedro Ernesto; CAMILA DONAIRE DOS SANTOS- Hospital Universitário Pedro Ernesto.

57322 - DESAFIO DIAGNÓSTICO EM UM CASO DE CARDIOMIOPATIA ARRITMOGÊNICA DO VENTRÍCULO DIREITO COM MANIFESTAÇÃO TARDIA

INTRODUÇÃO A cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito (CAVD) é uma doença do músculo cardíaco autossômica dominante com expressividade variável. Nesse sentido, obtém amplo espectro de apresentação clínica e uma gama de prognósticos. Apesar de desafiador, o diagnóstico precoce é fundamental, assim como a triagem genética e a abordagem terapêutica, tendo em vista o caráter potencialmente letal da doença.

CASO Masculino, 62 anos, obeso grau I, hipertenso e diabético, em consulta ambulatorial apresentou dispneia de início súbito, sudorese fria, precordialgia atípica intensidade 8/10 e lipotímia. No exame: pressão arterial inaudível, taquicárdico, hipoxêmico, extremidades frias, ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. O eletrocardiograma (ECG) evidenciou taquicardia ventricular monomórfica com padrão de bloqueio de ramo esquerdo (figura 1). prontamente transferido para a emergência do hospital, foi submetido a cardioversão elétrica com sucesso, porém manteve sinais de baixo débito cardíaco. Foram iniciados, então, inotrópico (dobutamina) e antiarrítmico (amiodarona). Novo ECG evidenciou infradesnivelamento do segmento ST em V4, V5, V6, DI e AVL e supradesnivelamento do segmento ST em AVR (figura 2). Diante da possibilidade de etiologia isquêmica, foi realizada coronariografia que não evidenciou lesões obstrutivas. Em seguida, foi internado na unidade coronariana e evoluiu com melhora clínica e hemodinâmica, sem recorrência da arritmia. Quando submetido a ressonância cardíaca para descartar anormalidade estrutural, detectou-se disfunção importante do ventrículo direito e dissincronia entre a parede lateral e o septo interventricular (figura 3), preenchendo critério para CAVD. Sendo assim, indicou-se o cardiodesfibrilador implantável como profilaxia secundária de morte súbita.

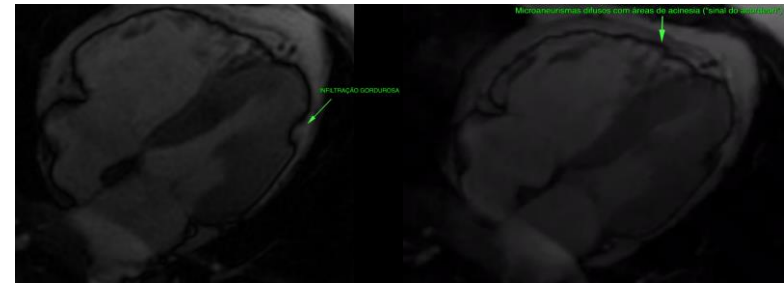
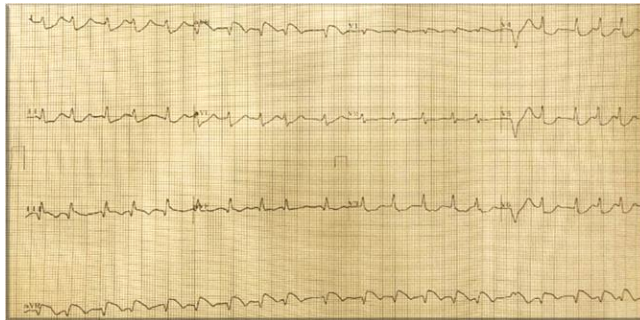
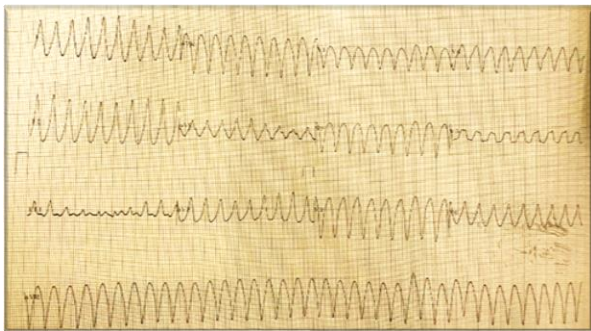


Figura 1

Figura 2

Figura 3

DISCUSSÃO A CAVD é uma doença hereditária caracterizada pela substituição fibrolipídica do miocárdio ventricular. Inicialmente, produz disfunção segmentar que pode progredir para disfunção global do ventrículo direito, e eventualmente do ventrículo esquerdo. Essa substituição tecidual propicia arritmias ventriculares, insuficiência cardíaca e morte súbita. No entanto, o diagnóstico clínico da CAVD é desafiador devido a natureza inespecífica dos achados. A abordagem terapêutica baseia-se no controle da arritmia ventricular sintomática, no tratamento da insuficiência cardíaca, na profilaxia de morte súbita com cardiodesfibrilador implantável, além da restrição à atividade física competitiva ou de resistência.

Referências: ¹ Corrado D, Link MS, Calkins H. Arrhythmogenic Right Ventricular Cardiomyopathy. N Engl J Med 2017; 376:61.
² Wang W, James CA, Calkins H. Diagnostic and therapeutic strategies for arrhythmogenic right ventricular dysplasia/cardiomyopathy patient. Europace 2019; 21:9.
³ Calkins H, Corrado D, Marcus F. Risk Stratification in Arrhythmogenic Right Ventricular Cardiomyopathy. Circulation 2017; 136:2068