

QUAL É O DIAGNÓSTICO? WHAT'S THE DIAGNOSIS?

Vicente Spinola Dias Neto*

G.S.S. 36 anos, afro-brasileiro, masculino, casado, natural e procedente de Piedade, operário e jogador de futebol.

Atendido em agosto de 2003, encaminhado pelo médico da empresa, por ter eletrocardiograma (ECG) alterado na repolarização ventricular, assintomático e Antecedente Mórbitos Familiar importantes: mãe teve morte súbita aos 43 anos, irmão teve morte súbita com 18 anos, assintomático, caminhando para o trabalho, dois pares de irmãos gêmeos morreram entre dois e três anos de vida, pai faleceu aos 34 por alcoolismo, tem uma irmã mais nova, com quem tem pouco contato, uma tia materna teve morte súbita aos 48 anos, não sabe se fazia algum tratamento. Ao exame físico 1,63 m, 72 kg, bulhas rítmicas a dois tempos, normofonéticas sem sopros, pressão arterial 120/80, frequência cardíaca 58 bpm. No ECG ritmo sinusal com onda q de 03 mm em V5 e V6 e 02 mm em DI e aVL, e alteração da repolarização na parede anterior, SÂQRS + 60° (foto 1).

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Hipertrofia Ventricular Esquerda Familiar

Hipertrofia Ventricular Esquerda Assimétrica, pela hipertrofia do septo, no ECG.

Hipertrofia Ventricular Esquerda do Atleta, pelo exercício físico competitivo.

Insuficiência coronariana, pela alteração da repolarização.

Foram solicitados ecocardiograma e teste ergométrico. No Eco encontramos espessura de septo e parede posterior de 11mm, assim relação septo/parede posterior de 1,0, sem alterações valvares, leve hipertrofia ventricular esquerda. O teste ergométrico, anormal, por resposta da pressão arterial hiper-reativa, com pressão arterial em repouso de 120/80. Com TE anormal, foi solicitada uma cintilografia miocárdica, que mostrou uma hipocaptção transitória da porção alta do septo, e no TE infra de 3,0 mm em MC5 e 2,0mm em aVF, sugerindo uma insuficiência coronariana. Esta alteração na cintilografia miocárdica pode aparecer também na HVE, o que indicou uma cineangiografiografia, que revelou coronárias normais, pressão de VE 120/12, e Aorta 120/80, função preservada.

Com diagnósticos de Hipertrofia Ventricular Esquerda idiopática, ou do atleta, foi orientado a não praticar esportes competitivos.

Em fevereiro de 2005, 18 meses depois, retorna novamente encaminhado pelo médico da empresa, para avaliação cardiológica por alteração no ECG. Assintomático, com exame físico normal, pressão arterial normal. No ECG a alteração da repolarização tinha se acentuado (foto 2). Novo Eco mostrou septo e parede posterior de 14mm. Ficando, então, com diagnóstico de HVE concêntrica familiar, pela rápida evolução da hipertrofia, pela relação septo/parede posterior de 1,0. Solicitados Holter e Eco Doppler Tissular, para melhor avaliação, porém o paciente ainda não os fez.

A Miocardiopatia hipertrófica familiar é uma doença genética, com transmissão autossômica dominante, tem uma prevalência de 0,17% e ocorre em ambos os sexos. O desarranjo das fibras miocárdicas com hipertrofia dos miócitos, intercalados por colágeno frouxo, às vezes substituído por tecido fibroso denso, caracteriza anatomopatologicamente a cardiomiopatia hipertrófica. É causa mais comum de morte súbita cardíaca em jovens "normais", podendo ser esta a primeira manifestação da doença, 40% dos pacientes morrem após praticarem exercícios intensos, e estes estão na faixa dos 20 a 40 anos, raramente aparece antes da puberdade.

Os sintomas como dispnéia, dor precordial, palpitações ou síncope, aparecem em 80% dos pacientes, já em estado avançado, hipertrofia severa. A dor precordial geralmente é atípica. As arritmias mais comuns são as extra-sístoles, as taquicardias ventriculares e supra-ventriculares e a fibrilação atrial, detectadas no ECG ou Holter. A dispnéia, pela hipodiastolia, inicialmente aos esforços depois de repouso.

O Ecocardiograma com Doppler Tissular, que consiste na utilização de um sinal ecocardiográfico, com alta amplitude e baixa velocidade, pode quantificar a movimentação do miocárdio, sugerindo o diagnóstico. Deve ser indicado, também, para os familiares, dos portadores de HVE, pois pode diagnosticar em fase precoce, antes mesmo da hipertrofia, já demonstrando o desarranjo dos miócitos, pela disfunção diastólica, o que poderia modificar o prognóstico, com a terapêutica.

No tratamento, além da orientação principal de não se fazer exercícios físicos, os beta-bloqueadores, os bloqueadores dos canais de cálcio, e/ou drogas antiarrítmicas e os desfibriladores implantáveis. Porém o prognóstico ainda não é favorável.

QUAL É O DIAGNÓSTICO? WHAT'S THE DIAGNOSIS?

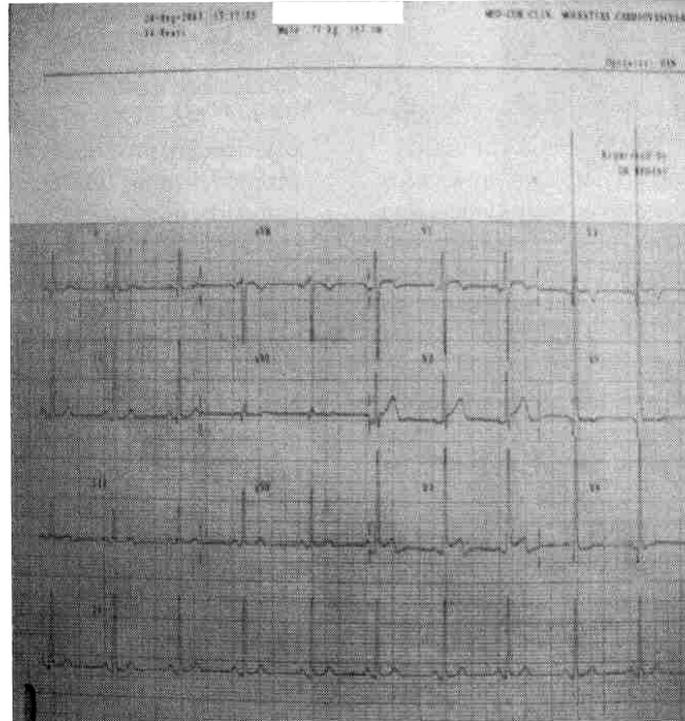


Foto 1 Agosto/2003

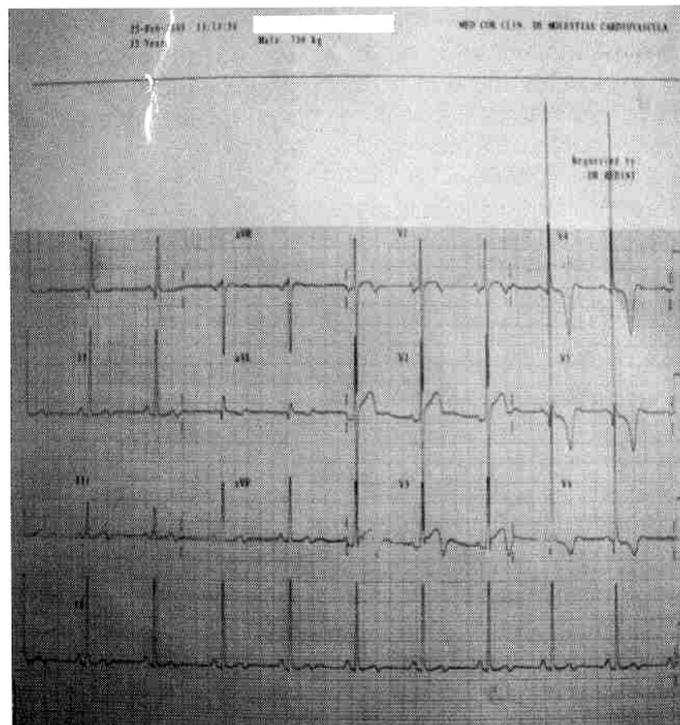


Foto2 Fevereiro/2005