

# Síndrome de BRASH: um confundidor clínico na prática cardiológica

**KALIL, Isabella de Luna; PETROLA, Antonio Neves Solon; NEVES, Maria Eugênia Vidal Correia; GOLDSTEIN, Priscila Gherardi; LEAL, Tatiana de C. Andreucci Torres**

## **Introdução**

A síndrome BRASH é um acrônimo para Bradicardia, Insuficiência Renal, Bloqueio do Nó Atrioventricular (NAV), Choque e Hipercalemia e foi primeiramente descrita em 2016. A síndrome é caracterizada por uma pêntrade desses achados clínicos e muitas vezes é pouco reconhecida ou confundida com anormalidades menos complexas.

Essa síndrome ocorre devido a um ciclo vicioso precipitado por injúria renal, levando à hipercalemia e acúmulo sérico de bloqueadores do NAV como betabloqueadores adrenérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio, digitálicos e outros antiarrítmicos. O sinergismo entre estas medicações e a hipercalemia causam por sua vez bradicardia e hipoperfusão tecidual, piorando a injúria renal.

Temos como objetivo do trabalho discutir e rever conceitos sobre uma entidade clínica emergente, ainda pouco diagnosticada e discutida na prática médica, que pode levar a eventos catastróficos se não for prontamente identificada e tratada.

## **Método**

Realizamos um relato de caso sobre uma paciente que permaneceu internada no mês de junho de 2023 no Instituto do Coração HC-FMUSP, em São Paulo.

## **Resultados**

M.L.G, 75 anos, sem antecedentes conhecidos, encaminhada por episódios de síncope. No primeiro atendimento, trouxe Holter de 2019 com 44% de extrassístoles ventriculares (EEVV) e ecocardiograma mostrando fração de ejeção de 34%, com hipocinesia difusa de ventrículo esquerdo. Em novo holter manteve 22% de EEVV, sendo optado pela introdução de carvedilol e amiodarona.

Até este momento, a paciente não apresentava disfunção renal.

Retorna em consulta mantendo sintomatologia e apresentando eletrocardiograma em ritmo de fibrilação atrial e bloqueio atrioventricular total, com frequência cardíaca de 29.

Encaminhada para setor de emergência neste contexto, apresentando em exame físico tempo de enchimento lentificado e bradicardia, sem mais alterações.

Em exames admissionais constatou-se: potássio 5,8; creatinina 2,62; ureia 116; bicarbonato de 16,2; lactato de 9.

Prescrito dobutamina e hidratação por suspeita de descompensação da insuficiência cardíaca em perfil L. Após medidas iniciais de suporte clínico, suspensão de bloqueadores do NAV e ajuste de volemia, a paciente apresentou melhora da função renal, da hipercalemia e reversão da bradicardia.

### **Conclusão**

Em conclusão, a síndrome BRASH é um diagnóstico clínico pouco reconhecido e com incidência crescente em população idosa. O reconhecimento imediato desta condição permite a pronta instituição terapêutica, reduzindo a probabilidade de desfechos adversos ou a necessidade de terapias invasivas.

### **Referências**

1. Farkas JD, Long B, Koyfman A, Menson K. BRASH Syndrome: Bradycardia, Renal Failure, AV Blockade, Shock, and Hyperkalemia. J Emerg Med. 2020 Aug;59(2):216-223.
2. Sohal S. Syndrome of bradycardia, renal failure, atrioventricular nodal blockers, shock, and hyperkalemia (BRASH syndrome): a new clinical entity? Chest 2019;156(4):A74.
3. Ravioli S, Woitok BK, Lindner G. BRASH syndrome - fact or fiction? A first analysis of the prevalence and relevance of a newly described syndrome. Eur J Emerg Med. 2021 Apr 01;28(2):153-155.