

ÁREA ELETRICAMENTE INATIVA EM PACIENTE COM SUSPEITA DE TORTUOSIDADE CORONARIANA: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO

A doença cardíaca isquêmica é a principal causa de morte nos países desenvolvidos, e limita a qualidade de vida dos pacientes nos âmbitos físico, social, financeiro, e de saúde. As recentes diretrizes da European Society of Cardiology para o diagnóstico e manejo das síndromes coronarianas crônicas (SCCs) descrevem cenários clínicos de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de SCC.² O perfil clínico de angina sem obstrução coronária tem sido cada vez mais reconhecido e associado com obesidade, intolerância à glicose, e expectativa de vida mais longa. Um possível mecanismo relacionado à isquemia na doença não obstrutiva é a tortuosidade das artérias coronárias (ESTRADA et al, 2022).

Palavras-chave: Doença da Artéria Coronariana, Isquemia, cardiologia.

OBJETIVOS

Discorrer acerca de um caso suspeito de isquemia miocárdica por tortuosidade coronariana.

MÉTODOS

Neste trabalho, será exposto um relato de caso de um paciente em investigação para isquemia miocárdica decorrente de tortuosidade coronariana.

RELATO DE CASO

Paciente C.A.G.P., sexo masculino, 19 anos, tetraplégico, informa que em Julho de 2023 apresentou precordialgia de intensidade 10/10 com irradiação para dorso, dispneia e astenia, sendo atendido no serviço de pronto-atendimento e transferido para o Hospital Universitário estável hemodinamicamente. Além disso, relatou não haver episódios pregressos de tal natureza, tendo histórico de anóxia perinatal. Ao exame físico cardiovascular, foi observado tórax com abaulamento e deformidade à esquerda, ictus cordis visível e propulsivo em linha mamilar esquerda, sem circulação colateral e turgência de jugular. Além disso, apresentava ritmo cardíaco regular em 2 tempos, com bulhas normofonéticas e sem sopros. Na evolução do paciente na unidade, apresentou hipotensão diária, não explicada por mudança de decúbito para ortostase. Em relação aos exames complementares, o Eletrocardiograma demonstrou uma área eletricamente inativa (AEI) em parede inferior, bem como sobrecarga atrial e ventricular esquerda (imagem 1). Já o Ecocardiograma transtorácico demonstrou uma fração de ejeção de 15%, hipertrofia ventricular excêntrica e atrial esquerda, bem como insuficiência mitral e tricúspide (imagem 2).

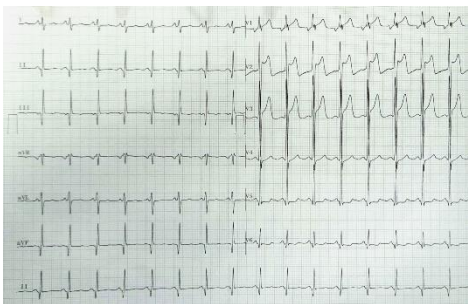


IMAGEM 1

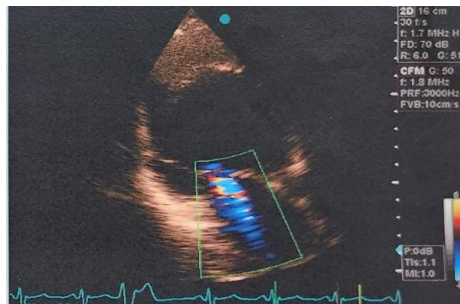


IMAGEM 2

CONCLUSÃO

Dessa forma, observa-se um caso cada vez mais prevalente, onde uma isquemia e AEI podem surgir de possíveis alterações estruturais das coronárias, gerando alterações eletro e ecocardiográficas, sendo primordial a avaliação pelo cateterismo cardíaco para a confirmação do quadro clínico e tomada de conduta.