

Sessão Eletrocardiográfica da Sociedade Norte Nordeste de Cardiologia – Caso 01

Bradicardia Acentuada e outras Alterações Eletrocardiográficas Associadas a Hipercalemia

Renata Nara Silveira de Araújo,¹ Carlos Eduardo Batista de Lima^{1,2}

Hospital Getúlio Vargas – SESAPI,¹ Universidade Federal do Piauí,² Teresina, Piauí - BR

Relato do Caso: paciente ELBL, 41 anos de idade, sexo feminino, foi internada na clínica nefrológica do Hospital Getúlio Vargas em Teresina-PI com o diagnóstico recente (há 30 dias da admissão) de nefropatia hipertensiva. Tinha antecedente de hipertensão arterial sistêmica (HAS) há 5 anos fazendo uso irregular de medicação anti-hipertensiva. Apresentava na internação, HAS de difícil controle com níveis pressóricos elevados a despeito do uso otimizado de várias classes de anti-hipertensivos. Quanto ao quadro renal,

estava em programa de hemodiálise (HD) desde a admissão apresentando quadro de síncope e hipotensão arterial em 10/11/2016. Após a monitorização cardíaca foi observada bradicardia que foi documentada no eletrocardiograma (ECG) abaixo, Figura 1.

Após a análise do traçado eletrocardiográfico e reavaliação clínica, a paciente foi encaminhada para a unidade de terapia intensiva sendo solicitado parecer da equipe de arritmias cardíacas do hospital considerando a possibilidade diagnóstica



Figura 1 - Eletrocardiograma (10/11/2016) evidenciando bradicardia sinusal com períodos de pausas sinusais prolongadas seguidas por batimento de escape juncional. Dentre os aspectos morfológicos do QRS podemos destacar a pequena progressão da onda R nas derivações precordiais (V1 a V5) com duração normal (estreita) e padrão rS nas derivações inferiores (DII, DIII e aVF) sugerindo a presença de bloqueio divisional anterossuperior esquerdo. Além da bradicardia, podemos notar alterações na onda T com aumento da amplitude e aspecto em "tenda".

Relato de Caso

de doença do nó sinusal. A FC da paciente chegou a 33bpm. Enquanto isso aguardava-se todo o laboratório de emergência. O grupo de arritmologia após avaliação do traçado considerou a possibilidade de hipercalemia havendo confirmação do nível de potássio sérico em 12,2 mEq/l. Foram feitas medidas para hipercalemia e HD de emergência evoluindo com discreta melhora clínica após as condutas tomadas. No dia seguinte foi realizado outro ECG demonstrado na Figura 2.

Ao ECG (Figura 2) ainda se evidenciavam alterações sugestivas de hipercalemia apesar melhora da bradiarritmia apresentada no ECG inicial. O era ritmo sinusal com discreta arritmia sinusal e FC no limite inferior da normalidade. O eixo elétrico do QRS estava normal (entre 0 e +30 graus) e houve aumento nos vetores do QRS de V4 e V5 com duração normal (em torno de 80ms). Permaneciam evidentes as alterações da repolarização ventricular em V2 e V3 com onda T ampla e em “tenda”. O nível sérico de potássio dosado nesse momento foi de de 7,7 mEq/L corroborando com os achados eletrocardiográficos que ainda sugeriam hipercalemia.

Outro procedimento de HD foi indicado de emergência. No dia seguinte foi realizado novo ECG (Figura 3) com a paciente apresentando ótima evolução clínica e completa resolução da sintomatologia. O potássio sérico nesse momento foi de 5,8 MEq/L.

O ECG realizado no dia seguinte (Figura 3) após as medidas tomadas estava dentro dos padrões da normalidade com discretas alterações inespecíficas. Apresentava ritmo sinusal com FC normal, em torno de 62 bpm com QRS estreito e discreta alteração na repolarização na parede lateral e onda T com padrão normalizado de V1 a V4.

Consideramos importantes achados nesse caso as alterações típicas de hipercalemia com disfunção sinusal e as alterações de onda T que devem direcionar para essa hipótese diagnóstica norteando a abordagem terapêutica. Outro achado interessante foi a presença de bloqueio divisional anterossuperior esquerdo transitório, presente apenas no primeiro traçado com o nível mais elevado de potássio sérico, sugerindo relação desta alteração com a hipercalemia.



Figura 2 - ECG após medidas para hipercalemia e hemodiálise (11/11/2016).

Relato de Caso

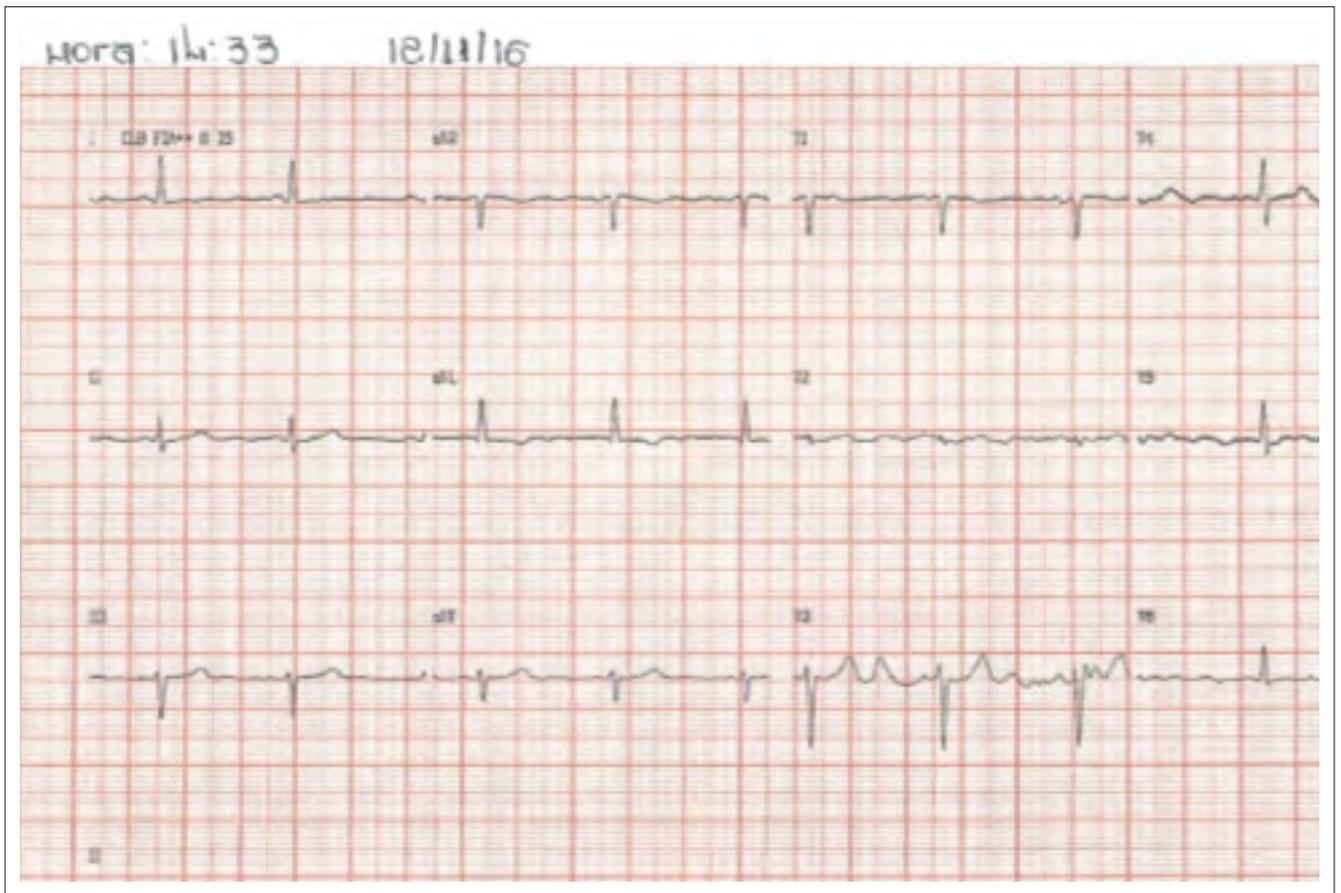


Figura 3 - ECG após melhora clínica (12/11/2016).