

Eletrocardiograma do mês

Sessão de
Eletrocardiografia

Grupo de Estudos em Eletrocardiografia da SOCERJ

ECG apresentado na sessão clínica mensal da SOCERJ, em 29 de junho de 2006

2

*Luís Gustavo Belo de Moraes, Washington de Andrade Maciel, José Hallake**Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto Estadual Aloysio de Castro (RJ), Clínica São Vicente (RJ)*

Paciente feminina, com 45 anos, natural do CE, apresentava quadros de síncope repetidas sem pródromos, há 4 anos. Há 2 anos, durante internação por síncope, apresentou quadro de PCR, sendo documentada FV e prontamente cardiovertida (Figura 1). Era portadora de hipertensão arterial controlada com diurético tiazídico e não possuía antecedentes familiares de cardiopatia ou morte súbita.

Foi admitida no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ) com os seguintes dados:

- Exame físico: PA: 158/90mmHg, FC: 70bpm, RCR duplo sem sopros, MV audível universalmente sem ruídos adventícios, abdome e MMII sem alterações.
- ECG: ritmo sinusal com 65bpm, aumento do intervalo QT, ondas T com morfologia alterada, tendendo à baixa voltagem e proeminentes ondas U (Figura 2).
- Ecocardiograma: AE 2,8; VEd 4,6; VES 2,8; Septo 0,9; PP 1,0; FE 69%. Função ventricular preservada e ausência de alterações segmentares.
- Holter de 24h: Normal
- K+= 2,9mEq/l



Figura 1

ECG: Taquicardia ventricular polimórfica

Endereço para correspondência: elefsio@clinicasaovicente.com.br

CARDIORITMO – Eletrofisiologia | Rua João Borges 204, subsolo, Gávea, Rio de Janeiro - RJ | 22451-100

Recebido em: 29/06/2006 | Aceito em: 06/07/2006

Houve suspensão do tiazídico com normalização do K⁺ sérico, mas não do ECG. (Figura 3): ritmo de bradicardia sinusal com 50bpm, intervalo QT prolongado, positividade final do QRS em V1 e V2 associada a supradesnível do segmento ST, podendo ser compatível com síndrome de Brugada tipo II.

Foi submetida a estudo eletrofisiológico, sendo encontrado: estabilidade elétrica atrial, estabilidade elétrica ventricular; a infusão de procainamida não promoveu alteração da

repolarização ventricular (não confirmando síndrome de Brugada) e intervalo QT de 450ms.

Prescritos Captopril, Propranolol e Amiodarona, obtendo alta hospitalar com K⁺ sérico de 4,5mEq/l.

Durante o acompanhamento ambulatorial, evoluiu com aumento progressivo da pressão arterial, necessitando de associação de Anlodipina; sem novos episódios sincopais.

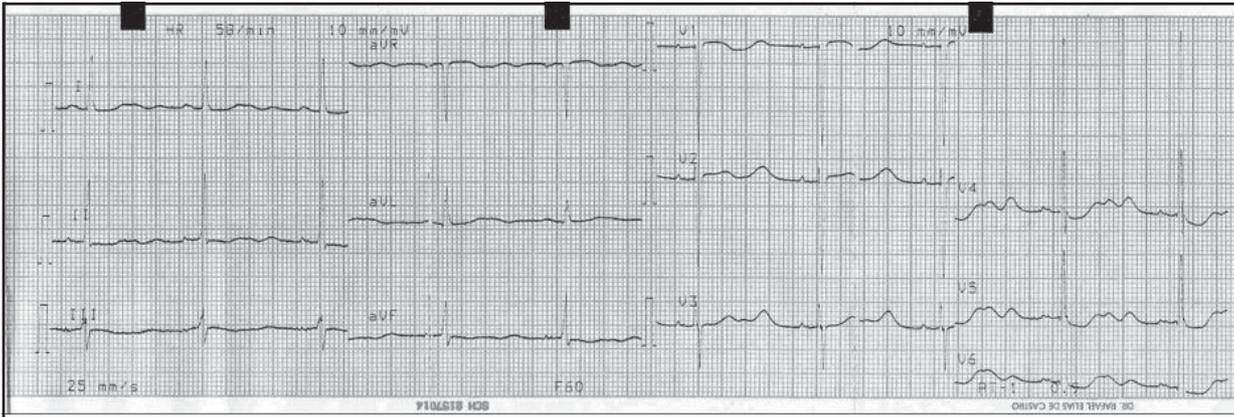


Figura 2

ECG: QT alargado, ondas T bifásicas e de baixa amplitude e ondas U proeminentes

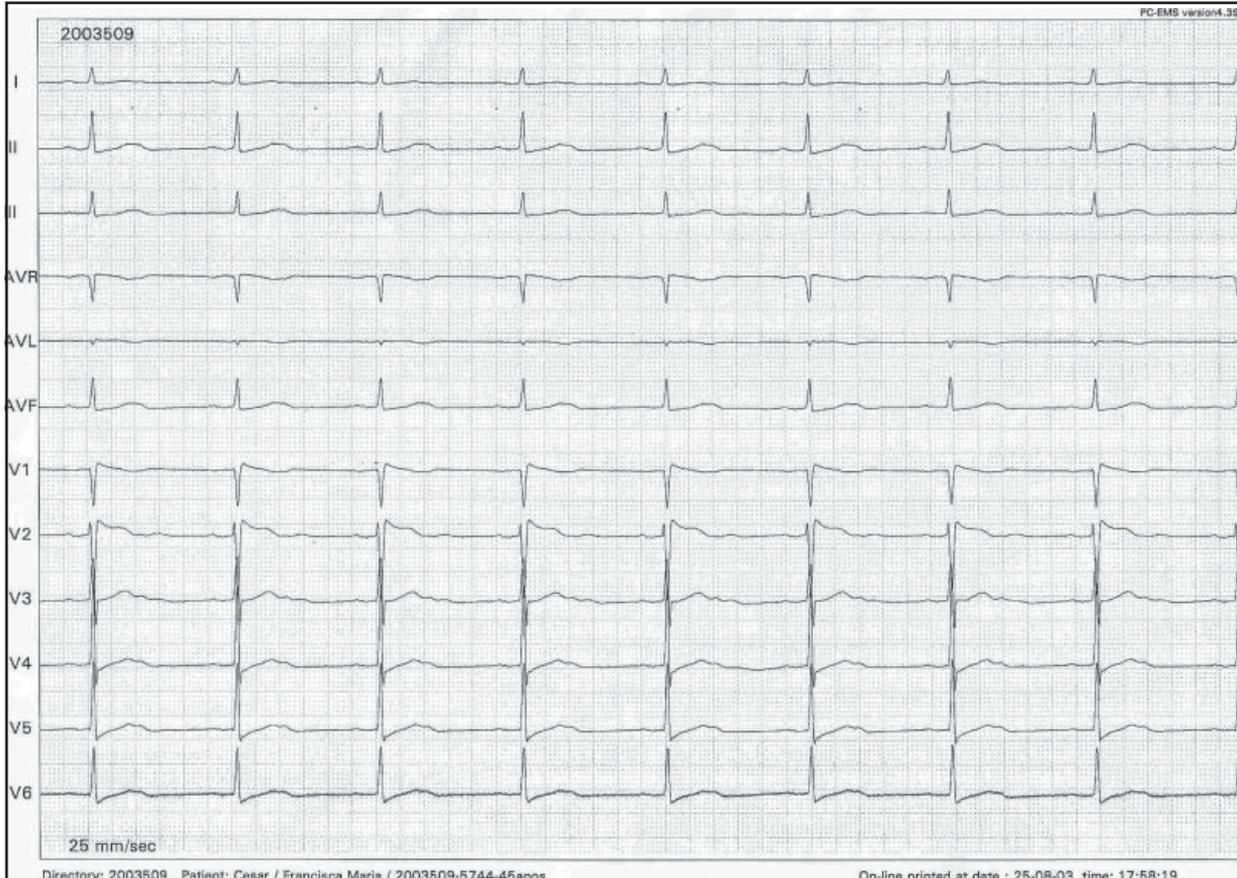


Figura 3

ECG simulando síndrome de Brugada

Foi readmitida na enfermaria com fadiga intensa e K^+ sérico de $1,8\text{mEq/l}$. O ECG (Figura 4) mostrava alterações do intervalo QT semelhantes ao da Figura 2.

Foi submetida ao teste de supressão para aldosterona, sendo prescrita dieta com 8g de NaCl por 4 dias; dosada a aldosterona sérica: 20ng/dl (Ref: de 4ng/dl a 15ng/dl) e determinada a atividade da renina plasmática: $0,3\text{ng/ml/h}$ (Ref: suprimida $<1,0\text{ng/ml/h}$). Calculada a relação aldosterona/ativ. renina: 66. Uma relação >30 confirma o diagnóstico de hiperaldosteronismo primário.

Realizada ressonância nuclear magnética do abdome, foi encontrado nódulo em topografia de glândula supra-renal direita. Houve controle da pressão arterial com Espironolactona de 100mg .

Submetida à ressecção videolaparoscópica do adenoma, com sucesso.

Atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial, assintomática, com controle da pressão arterial com Atenolol 25mg e Captopril 50mg , K sérico de $4,5\text{mEq/L}$, Na de 142mEq/l e ECG sem alterações do intervalo QT.

Este caso ilustra as alterações eletrocardiográficas precipitadas pela hipocalcemia secundária à ativação mineralocorticoide, simulando outras doenças como síndrome do QT longo congênito e síndrome de Brugada. Esta paciente apesar de não cursar com hipertensão arterial refratária e severa, possuía sintomas sistêmicos (fraqueza muscular) e arritmológicos (taquicardia ventricular polimórfica) graves e incapacitantes, que justificavam plenamente a retirada do tumor benigno da adrenal.

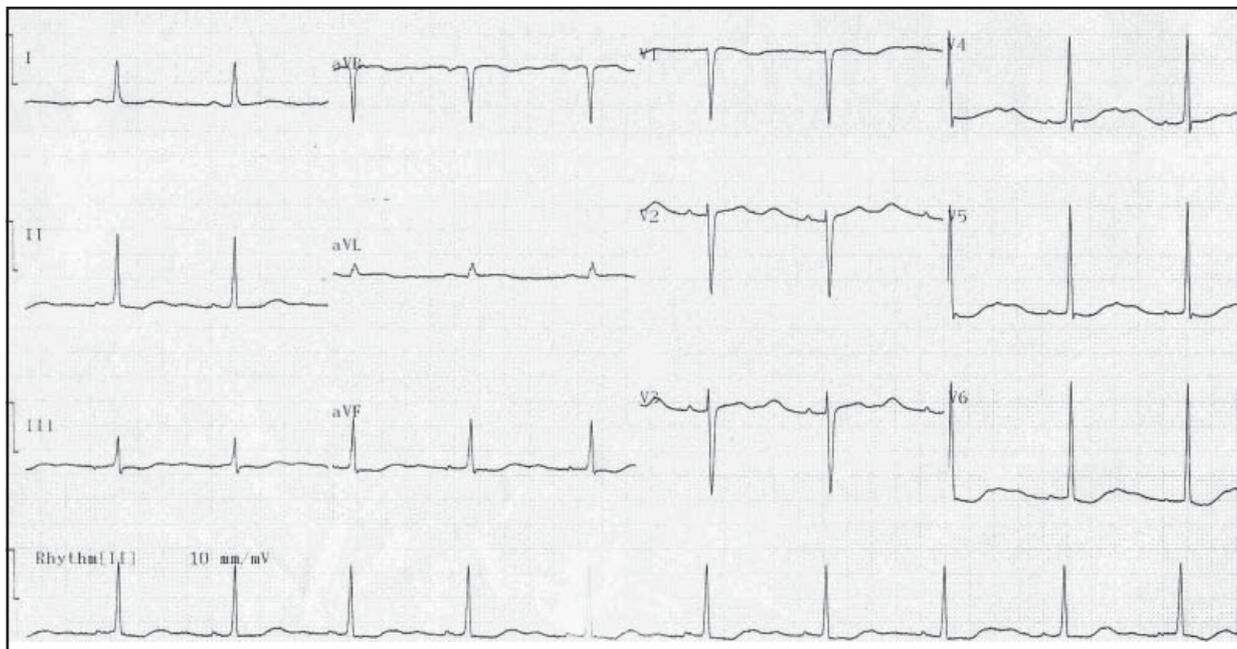


Figura 4
ECG: alterações do QT e ondas T e U