

MORTE SÚBITA ABORTADA: UM RELATO DE CASO

Autores: Lucas Roos Vale¹; Antoinette Oliveira Blackman^{1,2}; Fernanda Guimarães de Alencastro; Gustavo Tedde Filho

Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES UniCEUB - Brasília - DF¹

Instituto Cardiovascular São Francisco de Assis - Belo Horizonte - MG²

antoinette_blackman@hotmail.com

Objetivo: Relatar um caso de morte súbita de origem cardíaca abortada tratado em um serviço de referência no Distrito Federal.

Relato do caso: FAAU, 61 anos, masculino, aposentado, hipertenso, diabético e obeso, procedente do Gama-DF. História familiar de morte súbita, irmã aos 60 anos. Antecedente de acidente vascular encefálico há 6 anos, dispepsia há 2 meses, em uso de omeprazol. Há 12h da atual admissão na unidade de emergência refere dor retroesternal de forte intensidade e curta duração, caráter evolutivo, associada a sudorese, náuseas e vômitos. ECG, com 5 minutos após observação, apresentava extrassístoles ventriculares isoladas, pareadas e com fenômeno R sobre T. Evoluiu para fibrilação ventricular (FV) revertida após compressões torácicas e amiodarona endovenosa. Estável hemodinamicamente foi encaminhado para cateterismo cardíaco.

Exames: ECGs em anexo. Laboratório: CKMB 22,0U/L CKMB(massa) 7,0ng/mL CPK 69UI/L troponina 0,51ng/mL hematócrito 45,6% hemoglobina 15,2g/dL leucócitos 16,4uL plaquetas 165000uL cálcio 10,9mg/dL magnésio 2,0mg/dL potássio 3,2mEq/L sódio 136mEq/L glicemia 334mg/dL. Cateterismo cardíaco: descendente anterior: sem obstruções; primeiro ramo diagonal lesão de 50% no terço médio; terceiro ramo diagonal de fino calibre lesão de 90% em subramo; circunflexa: lesão de 90% em terço proximal. Primeiro ramo marginal ocluído em terço médio. Coronária direita, dominante, lesão de 60% em terço médio e 60% em terço distal. Ventriculografia não realizada. Submetido à angioplastia coronária primária com implante de *stent* farmacológico em primeiro ramo marginal da DA e *stent* convencional para circunflexa, ambos com sucesso. Ecocardiograma: fração de ejeção=52%; ventrículo esquerdo=51mm e átrio esquerdo=41mm. Hipocinesia discreta nas regiões inferior e anterolateral. Regurgitação tricúspide e mitral discretas. Disfunção diastólica grau I. Medicado com AAS, clopidogrel, sinvastatina, enoxaparina, ondansetrona, morfina, insulina, nitroglicerina, metoprolol e enalapril. Apresentou boa evolução.

Discussão: Morte súbita cardíaca (MSC) é aquela inesperada, de etiologia cardíaca (doença arterial coronariana, cardiomiopatias, doenças valvares, etc.) que surge nos primeiros 60 minutos após o início ou agravamento de sinais/sintomas. Os mecanismos eletrogênicos envolvem interações entre um substrato anatômico anormal e disfunções eletrofisiológicas variáveis que se tornam responsáveis por arritmias fatais (sendo os principais mecanismos fibrilação ventricular e assistolia), cujo gatilho é uma extrassístole ventricular (EV) em que a despolarização ectópica ventricular ocorre simultaneamente à repolarização precedente (fenômeno R sobre T)²⁻³. Fala-se de morte súbita abortada quando a arritmia grave que implica em morte iminente é revertida, graças à detecção precoce e conduta eficiente. É importante frisar a existência de interseções sintomatológicas entre possíveis etiologias da MSC e a dor torácica. O conhecimento a respeito dos diagnósticos diferenciais é essencial para que o paciente apresente uma boa evolução do quadro. Dentre eles deve-se atentar à dissecação aguda de aorta, tromboembolismo pulmonar, pneumotórax hipertensivo e tamponamento cardíaco. Esses eventos se destacam devido a sua alta letalidade e elevada capacidade de causar a morte súbita mesmo que indiretamente relacionadas ao coração⁴. O uso de inibidores de bombas de prótons pode prejudicar o tratamento de pacientes cardiopatas que estão em tratamento com clopidogrel, medicamento amplamente usado em pacientes com aterosclerose coronariana ou com eventos prévios de acidente vascular cerebral. Entretanto o uso de clopidogrel com inibidores de bombas de prótons reduz significativamente o efeito do anti-agregante plaquetário devido a ambos medicamentos necessitarem da enzima citocromo P450 para serem ativados¹.

Conclusão: No caso em questão, a morte súbita ocorreu por FV secundária à doença arterial coronariana, com boa evolução. Estudos epidemiológicos demonstraram que a FV precedida por taquicardia ventricular sustentada é o principal mecanismo de MSC e corresponde a aproximadamente 50% da mortalidade cardiovascular. Destaca-se, novamente, a importância da adequada investigação do paciente com dor torácica.

Palavras-chave: morte súbita cardíaca, arritmia cardíaca, infarto do miocárdio.

Agradecimento: Dr. César Luiz Gonzalez- Brasília -DF – arritmologista pela revisão e comentários pertinentes.
Dra. Leda Braga – Brasília – DF – Cardiologista, pelo suporte intelectual.

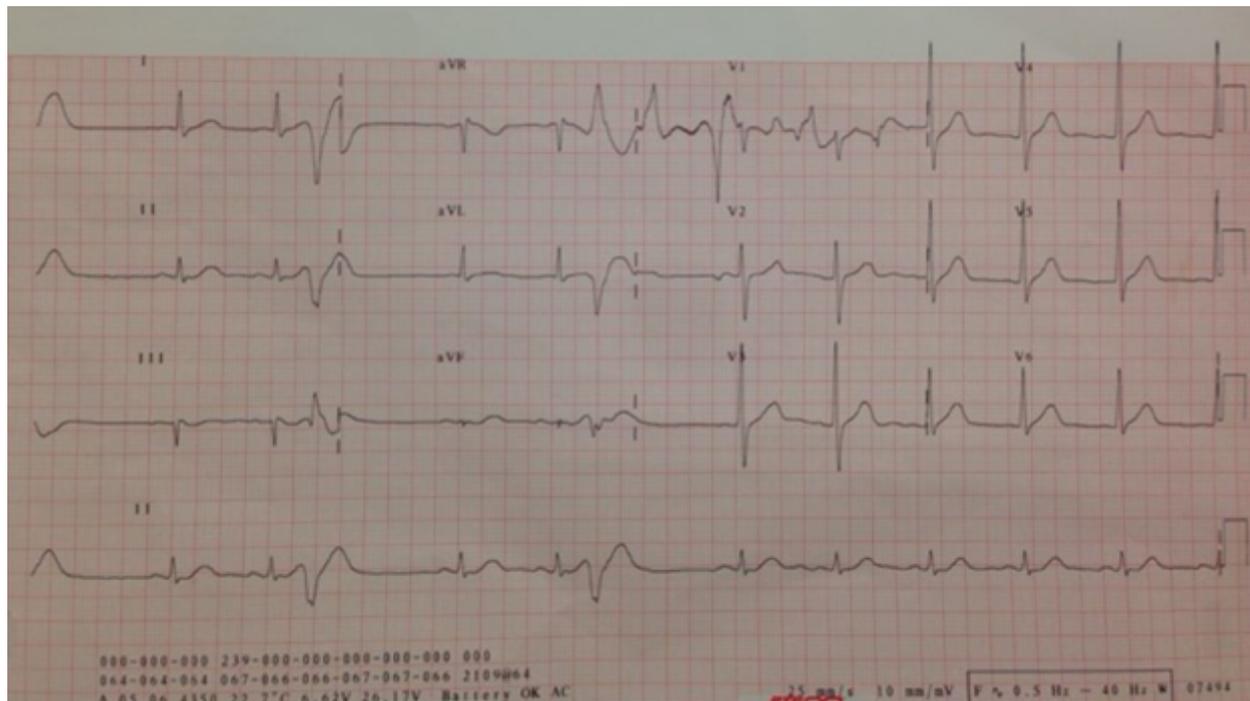
Bibliografia:

1. MADANICK, RD. **Proton pump inhibitor side effects and drug interactions: much ado about nothing?** Clev Clin J Med. 2011;78(1):3949

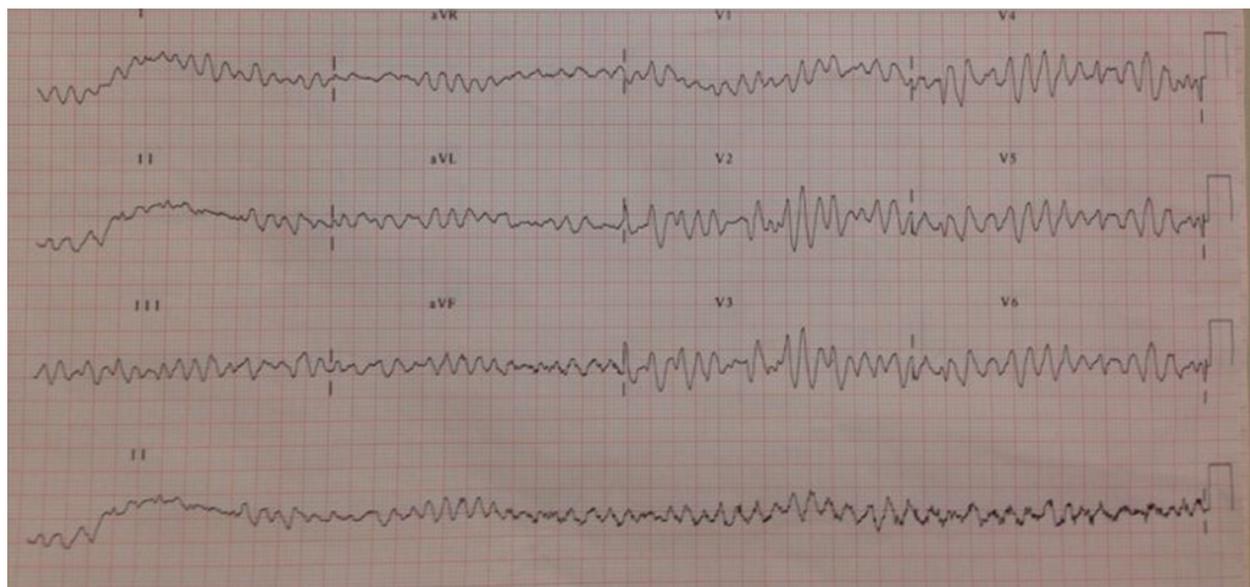
2. ANDREA MR; et. al. **Evidência do fenômeno R sobre T na morte súbita cardíaca registrado no holter de 24 horas.** Rev. SOCERJ. Vol. 9. nº 3. 1996
3. KALIL FILHO, R. FUSTER, V. **Medicina Cardiovascular: reduzindo o impacto das doenças.** Editora Atheneu. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte. 2016.
4. BARBOSA, A. SANTIAGO A; et al. **Diagnóstico diferencial da dor torácica: ênfase em causas não coronarianas.** Ver. Med Minas Gerais 2010; S24-S29

*ANEXOS ABAIXO

ECG DE ADMISSÃO:



ECG DE FV:



ECG DE ACOMPANHAMENTO:

