

## RELATO DE CASO

### Salva pela Radiografia

#### *Saved by the X-ray*

Ricardo Manuel Costa Rodrigues, Nuno Santos, Susana Gomes, Décio Pereira

*Hospital Dr. Nélio Mendonça – Serviço de Cardiologia – Funchal – Portugal*

Em serviços de urgência, por vezes é difícil fazer o diagnóstico correto e doenças potencialmente fatais podem se apresentar de forma atípica. Uma suspeição clínica e exames complementares são importantes para definir situações clínicas graves. Relata-se o caso de paciente feminina, 36 anos de idade, com antecedentes familiares e pessoais de síncope que se apresentou na urgência com sintomas atípicos de mal-estar, dificuldade em articular palavras e entender os outros e sensação de cansaço extremo. Radiografia de tórax realizada esclareceu o caso, ao ser encontrado um dispositivo de longa monitorização implantado anos antes e que revelou episódio de torsades de pointes.

#### Introdução

Em serviços de urgência por vezes é difícil fazer um diagnóstico correto, e a apresentação clínica de algumas doenças graves pode ocorrer de forma atípica. É importante uma boa avaliação médica, com anamnese e exame físico completos. Suspeição clínica e exames complementares de diagnóstico são de extrema importância de forma a excluir ou diagnosticar condições clínicas graves que por vezes podem levar à morte.

#### Relato do caso

Paciente feminina, 36 anos de idade, com antecedentes pessoais de síncope de repetição e história familiar de morte súbita cardíaca (três primos em primeiro grau) foi admitida no serviço de urgência após episódio de

#### Palavras-chave

Síndrome do QT longo; Eletrocardiografia ambulatorial; Torsades de pointes.

mal-estar geral, difícil de descrever, com dificuldade em articular palavras e perceber os outros e uma sensação de fadiga extrema, com duração inferior a 5 min, que teve início enquanto se encontrava sentada.

A paciente tinha sido avaliada há alguns anos para origem cardíaca de síncope, tendo realizado vários exames (vários *holters*, eletrocardiogramas, ecocardiograma, teste de tilt) em outro hospital, sem ter sido detectada qualquer origem cardíaca. Estava sob medicação com bisoprolol, trazadona e diazepam. Negava perda de consciência ou palpitações durante o evento e não conseguia identificar qualquer fator desencadeante. Deitou-se e após alguns minutos não apresentava mais os sintomas.

À admissão no serviço de urgência encontrava-se consciente, hemodinamicamente estável e sem dificuldade respiratória. O exame físico era normal. Realizado estudo analítico, eletrocardiograma (ECG) e radiografia do tórax. As análises sanguíneas não apresentaram alterações e o ECG (Figura 1) mostrou ritmo sinusal sem alterações isquêmicas, com intervalo QT corrigido normal.

#### Discussão

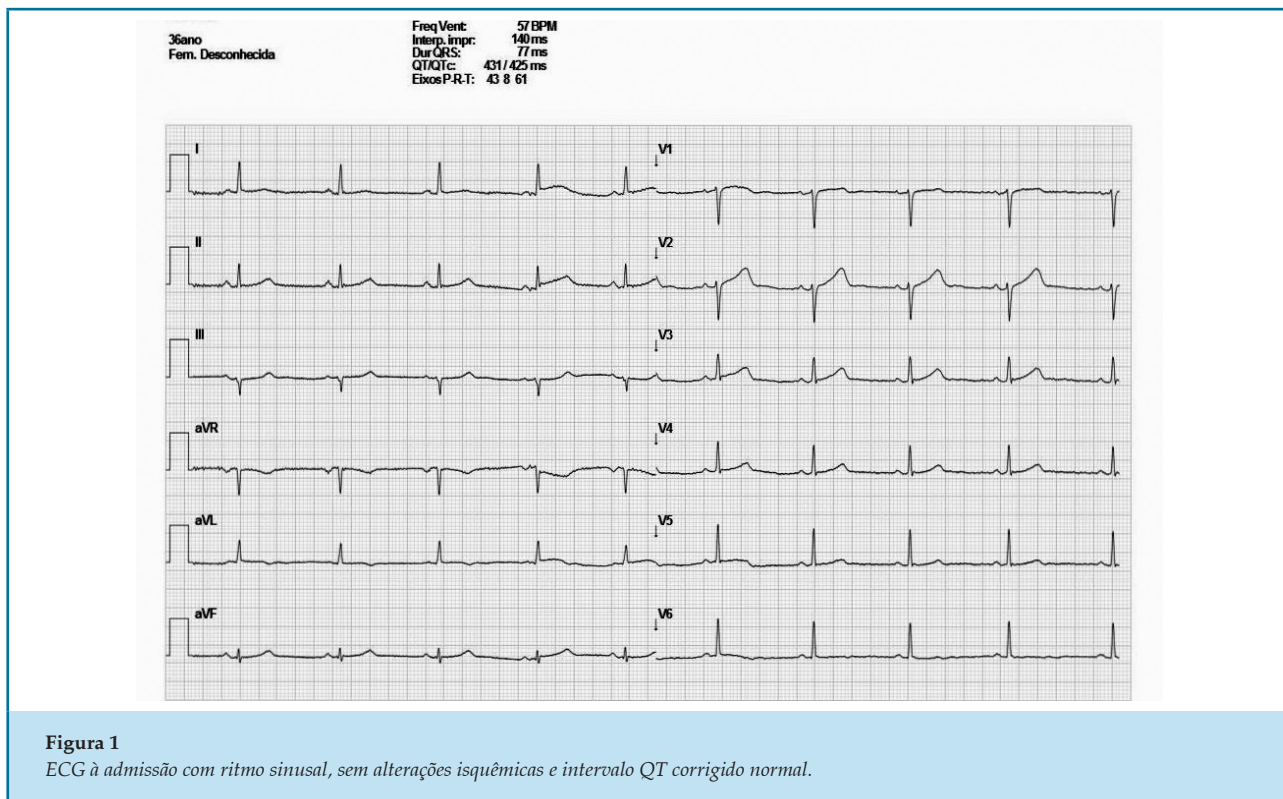
Embora os sintomas fossem vagos, a paciente apresentava um importante critério de alto risco para avaliação cardíaca complementar, considerando a história familiar de morte súbita cardíaca.<sup>1</sup>

A paciente tinha sido admitida por mal-estar geral, sem síncope associada, mas com uma história familiar de morte súbita e episódios de síncope recorrente; portanto, a origem e a avaliação cardíaca para os sintomas deviam ser sempre consideradas. O ECG não mostrava critérios de risco e as análises sanguíneas estavam normais.

**Correspondência: Ricardo Manuel Costa Rodrigues**  
Av Luís de Camões, 57 – 9004-514 – Funchal – Portugal  
E-mail: ricardomcr@gmail.com

DOI: 10.5935/2359-4802.20160032

Artigo recebido em 12/01/2016, revisado em 05/06/2016, aceito em 29/05/2016.



A radiografia esclareceu o caso (Figura 2), mostrando a presença de um dispositivo de monitorização prolongada implantado (há 3 anos e 1 mês), que a paciente havia se esquecido de mencionar, como também havia se esquecido que o usava, pois pensava que a bateria havia acabado.

O dispositivo revelou taquicardia ventricular polimórfica compatível com torsades de pointes, com duração de 2 minutos e 47 segundos (Figura 3). Foi a primeira arritmia ventricular identificada e o dispositivo se encontrava em fim de vida (a vida útil média do dispositivo é de 3 anos). Estabeleceu-se a prolongação da monitorização e a paciente recebeu um cardioversor desfibrilador implantável (CDI).

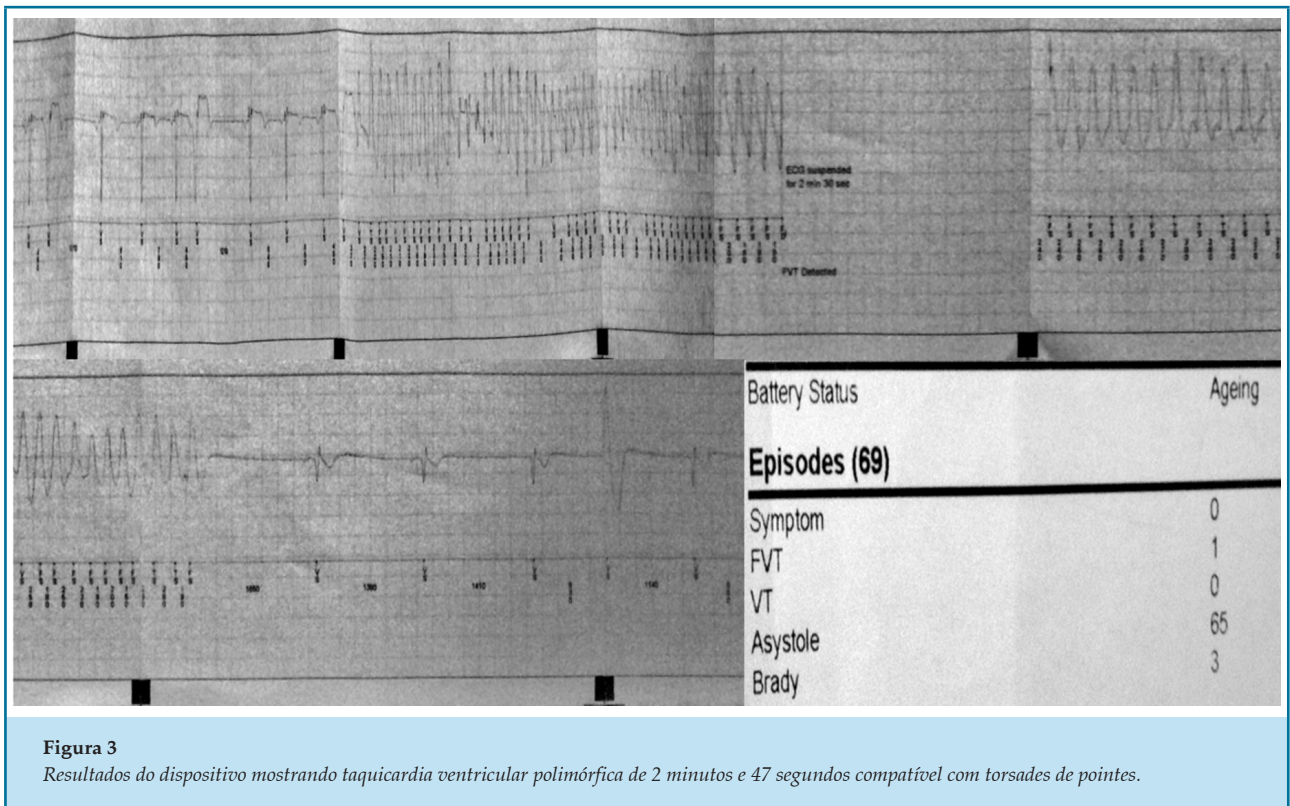
O presente caso representa a dificuldade clínica diária na avaliação de síncope / pré-síncope de origem desconhecida. A paciente sofreu uma arritmia potencialmente fatal, tendo apresentado sintomas atípicos que não se acompanharam de síncope. Isto é de extrema importância, tendo em vista que a paciente estava prestes a ter alta em condição potencialmente fatal, pois seus sintomas não sugeriam origem cardíaca.

A paciente tinha sido exaustivamente avaliada previamente, não tendo sido detectada qualquer causa cardíaca. Isto demonstra a importância adicional dos dispositivos eletrocardiográficos de monitorização



**Figura 2**  
Radiografia do tórax com dispositivo de monitorização de longo prazo implantado.

prolongada<sup>2,3</sup>, pois por vezes eles são a resposta e o único instrumento capazes de identificar uma condição potencialmente fatal.



**Figura 3**

Resultados do dispositivo mostrando taquicardia ventricular polimórfica de 2 minutos e 47 segundos compatível com torsades de pointes.

Foi diagnosticado síndrome do QT longo (LQTS *risk score* > 3)<sup>4,5</sup> e identificado um intervalo QTc de > 460 ms e < 480 ms no ECG subsequente. Após um ano de seguimento, a paciente se apresenta assintomática e nenhuma arritmia maligna foi detetada no CDI.

### Contribuição dos autores

Obtenção de dados: Rodrigues RMC, Santos N. Análise e interpretação dos dados: Rodrigues RMC, Santos N. Redação do manuscrito: Rodrigues RMC, Gomes S. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Gomes S, Pereira D.

### Referências

- Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope; European Society of Cardiology (ESC); European Heart Rhythm Association (EHRA); Heart Failure Association (HFA); Heart Rhythm Society (HRS), Moya A, Sutton R, Ammirati F, Blanc JJ, Brignole M, Dahm JB, et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). *Eur Heart J*. 2009;30(21):2631-71.
- de Asmundis C, Conte G, Sieira J, Chierchia GB, Rodriguez-Manero M, Di Giovanni G, et al. Comparison of the patient-activated event recording system vs. traditional 24 h Holter electrocardiography in individuals with paroxysmal palpitations or dizziness. *Europace*. 2014;16(8):1231-5.
- Volosin K, Stadler RW, Wyszynski R, Kirchhof P. Tachycardia detection performance of implantable loop recorders: results from a large 'real-life' patient cohort and patients with induced ventricular arrhythmias. *Europace*. 2013;15(8):1215-22.
- Schwartz PJ, Moss AJ, Vincent GM, Crampton RS. Diagnostic criteria for the long QT syndrome. An update. *Circulation*. 1993;88(2):782-4.
- Priori SG, Blomström-Lundqvist C, Mazzanti A, Blom N, Borggrefe M, Camm J, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: The Task Force for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC). *Eur Heart J*. 2015;36(41):2793-867.

### Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

### Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

### Vinculação Acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.