

Caros colegas

Estes casos às vezes desesperam mais ao médico que aos pacientes. Homem, 75 anos, assintomático, Prova de esforço negativa(se a arritmia desaparece com esforço o categorizo como baixo risco), ecocardiograma com Doppler negativo(Boa função ventricular, sem alterações de contratilidade segmentar, análise de fluxos normal, função diastolica normal), Holter sem arritmias ventriculares potencialmente letais, sem evidencia de fundo organica importante.

Eu classificaria ele como coronariopata com arritmia ventricular benigna no contexto clínico.

Gostaria de saber a função tireóidea(as vezes temos hipertireoidismo oculto) sobretudo em idosos, eletrólitos séricos e uso de pró-arrítmicos. Eu não usaria propafenona, pois poderia ser mais inconveniente que benéfico. Se tivesse de usar antiarrítmico, optaria por um beta-bloqueador e investigaria exaustivamente fatores de risco outros alem da da idade, sexo masculino. Hipertensão? Dislipidemia? Tabagista? E então controlar agressivamente os fatores de risco.

Esta é minha opinião sobre o caso

Dr. Róger A Lanzas Rodríguez

Cardiólogo Clínico

Costa Rica.

Tenho o seguinte caso e pergunta para os especialistas:

Trata-se de um paciente, sexo masculino, 80 anos, com antecedente de HAS controlada, que foi admitido no pronto atendimento com dor precordial, 3 episódios nas últimas 24 horas em repouso, no ECG observa-se declínio transitório do segmento ST em face inferolateral com dor e que retifica-se sem dor e sem tratamento, o paciente não tem antecedentes hemorrágicos.

De acordo com os estudos atuais, estaria correto se este paciente fosse tratado com: AAS, Clopidogrel, HBPM, Etipifibatida e/ ou Tirofiban?

Dr. Rolando Jirón Toruño

Caros colegas do fórum,

Sobre este caso, um paciente de 80 anos com sintomas de angina instável com dor ao repouso e alterações eletrocardiográficas na parede infero-lateral, com três episódios nas últimas 24 hs,

com remissão espontânea da dor, sem tratamento, e normalização do ECG. As alterações do ECG sugerem comprometimento da artéria circunflexa e/ ou artéria coronária direita.

Inicialmente, eu consideraria o tratamento deste paciente, do ponto de vista médico de uma maneira intensiva:

1. Nitroglicerina intravenosa para 24-48 hs;
2. Bloqueador beta cardioseletivo
(eu utilizo, atenolol);
3. Aspirina;
4. Clopidogrel (aqui os critérios podem ser diferentes, se apenas aspirina ou se houver intolerância á esta, clopidogrel, ou uma combinação de ambos).
5. Heparina de baixo peso molecular (enoxaparina subcutânea 1 mg/Kg cada 12 horas)
(baseado nos melhores resultados com heparina intravenosa);
6. Estratificação de risco: marcadores Troponina I imediatamente e nova dosagem após 6 horas, ECG sequencial, ecocardiograma (para avaliar a função ventricular e motilidade parietal), acompanhamento clínico na UTI, atenção aos sinais/ dados de insuficiência ventricular, arritmias, presença de dor apesar do tratamento médico, aparecimento recente de sopro apical, congestão pulmonar....

No caso de sinais de insuficiência ventricular, arritmias ou persistência de dor, infradesnivelamento de segmento ST persistente (pior prognóstico), o paciente deverá receber tirofiban intravenoso e ser encaminhado para a angiografia coronária com urgência.

Concluindo, na minha opinião, baseado nas recomendações atuais: tratamento médico intensivo, e se houver indicação de angiografia coronária, uso de tirofiban se tiver a medicação no centro hospitalar em trabalhamos; caso contrário, encaminhe o paciente para um centro mais especializado para o tratamento e angiografia coronária.

Dr Róger A. Lanzas Rodríguez
Cardiólogo Clínico
Puerto Limón, Costa Rica

O paciente deve ter de imediato uma angiografia – com possibilidade certa que está ocluindo a RCA (right coronary artery – artéria coronária direita-), o procedimento deve ser de urgência, seguido imediatamente de tratamento medicamentoso.

Dr. Moises Vainstein -
Jerusalem - Israel

Caro Dr. Jiron Toruno,

Sua pergunta diz respeito a muitos pacientes que se apresentam à sala de Emergência. Se o paciente é completamente estabilizado e em um local onde o cateterismo cardíaco pode ser rapidamente realizado, eu trataria com AAS, HBPM (ou mesmo HNF), e talvez, um inibidor GP IIb/IIIa e submeteria o paciente ao cateterismo para definir rapidamente a anatomia. Eu não iniciaria o clopidogrel imediatamente, uma vez que esta droga limita a possibilidade de uma cirurgia de RM de urgência se o paciente tem DAC severa ou multiarterial que não pode ser resolvida através da angioplastia.

Obrigada pela sua interessante e importante pergunta.

Peter Stone, MD

*Peter H. Stone, M.D.
Cardiovascular Division
Brigham & Women's Hospital
75 Francis Street
Boston, MA 02115
tel. 617-732-5692
fax 617-732-7134*