

Caros Dr. Bayes de Luna e Dr. Kaski

Parabéns pelas apresentações, queria apresentar-lhes um caso meu: paciente 51 anos, sexo feminino, chegou a emergência de nosso serviço em fibrilação ventricular e foi desfibrilada com sucesso.

Sua coronariografia mostrou espasmo total de descendente anterior produzido com ergonovina sem lesões coronarianas; se tratou com antagonistas dos canais de cálcio. Em vigência do tratamento, nova coronariografia não reproduziu espasmo e estudo eletrofisiológico não induziu fibrilação ventricular. Seria correto o implante de CDI? O sistema público de saúde nega se recusa a custear o aparelho pois segundo as diretrizes não está indicado em causas reversíveis ou transitórias.

Quão freqüentes são as arritmias ventriculares em espasmo coronário? O caso é semelhante ao produzido por lesões

Resposta do Dr. Bayes de Luna

Sobre a pergunta, minha resposta é a seguinte:

1-O espasmo coronariano raramente induz fibrilação ventricular. Em nossa experiência(J of Electrocardiology 1985;18:267-276)Não observamos nenhum caso. Em ocasiões foram induzidas taquicardia ventricular não sustentada(ver artigo de espasmo coronariano neste simpósio). No caso esta claro que o espasmo produziu fibrilação ventricular, mas também esta claro que os bloqueadores de canais de cálcio evitaram que ela se repetisse. Além disso, a doente fuma? O tabaco pode ser um gatilho e deveriam ser descartados todos os gatilhos possíveis.

Conclusão: afastar os gatilhos, Não interromper os bloqueadores de canais de cálcio e é muito improvável que a crise se repita.

Distintos colegas

Eu vi um paciente com FV induzida por espasmo. Este cavalheiro, idade em torno dos 50 anos, se apresentou com 2 episódios de síncope induzidas por esforço associada a dor torácica. Na esteira, ele desenvolveu supradesnivel de ST em precordiais, dor torácica e FV. Foi reanimado prontamente sem complicações.

À coronariografia(que foi normal) o paciente se queixou de dor torácica e supradesnivel de ST. Nova imagem de DA mostrava espasmo significativo do terço médio. Nitroglicerina intracoronariana aliviou o espasmo e os sintomas.

Dada a dramática apresentação do espasmo neste paciente implantamos stent. O procedimento teve sucesso e o paciente permaneceu assintomático.

Assim, no caso de arritmias graves induzidas por espasmo, eu indicaria stent.

Respeitosamente

Dr. Jack Chen

Obrigado pela sua importante questão. Em adição ao comentário do Dr Bayes de Luna's, com o qual eu concordo completamente, os seguintes aspectos precisam ser considerados:

1. A prevalência de VF no espasmo parece ser relativamente baixa (< 5%) mas não é conhecida devido ao fato que muitos pacientes que morrem

com espasmo coronário antes de chegar ao hospital não são diagnosticados como tal.

2. Espasmo arterial coronariano pode causar arritmias malignas (~15%)

& morte súbita (< 5%). Isto é comum em pacientes com angina variante refratária.

3. CDI é exigido em pacientes sobreviventes de morte súbita que continuam com espasmos refratários recorrentes e/ ou arritmias ventriculares malignas sustentadas. Eu concordo com Antonio que, se o espasmo pode ser prevenido, então o CDI pode não ser indicado. No nosso estudo neste tópico, 10 pacientes com angiografia coronária normal, sobreviventes de morte cardíaca súbita acompanhados por 6.7 anos. Em 3 pacientes com CDI, os achados do dispositivo não revelaram arritmias ventriculares sustentadas durante os 83 meses de acompanhamento do tratamento médico agressivo e eficaz. (Parchure et al. *Cardiovasc Res* 2001). Na minha opinião, o CDI não pode ser exigido para tratamento a longo prazo para todos pacientes com AV que sobreviveram à morte súbita, mas podem ser salvos durante o período agudo da doença. A necessidade deve ser avaliada com cautela.

4. Especificamente em relação ao caso mencionado, se os desencadeantes são eficazmente evitados (e estes devem ser explorados com cautela; lembro: tabagismo, hiperventilação, tratamento antiagregante, cocaína, alguns antibióticos, etc) e vasodilatadores são eficazes na prevenção do espasmo, o CDI não é indicado. Os pacientes devem ser monitorados cuidadosamente e frequentemente ao longo do tempo.

Espero que ajude.

Tudo de bom,

JC Kaski
Juan Carlos Kaski MD, DSc, FRCP, FESC, FACC
Professor of Cardiovascular Science
Director, Cardiovascular Biology Research Centre
Division of Cardiac and Vascular Sciences
St George's Hospital, University of London
Cranmer Terrace,
London SW17 0RE, UK
Tel. No. + 44 208 725 5901/3963
Fax No. + 44 208 725 3328

Caros colegas,

Dando a minha opinião na implantação profilática do CDI no paciente do Dr. Wasserman, eu diria que o paciente em questão não pertence a qualquer outra classe de indicação para CDIs.

**Simpósio Virtual Internacional sobre Abordagens Atuais para
Avaliação e Tratamento de Infarto do Miocárdio e Isquemia 2008**

Além disso, se o paciente tem FE > 40%, o CDI não oferece benefícios. Eu imagino que o estudo eletrofisiológico complementar a investigação.

Tudo de bom ao Dr. Wasserman e aos coordenadores

*Vassilis Skeberis, MD, FESC
Thessaloniki, Grécia*

Prezado Dr. Faiwel Wasserman:

Eu gostaria de saber se o paciente foi tabagista.

Obrigado,

*Gabriel Vanerio, MD
Montevideú, Uruguai*

Caro Dr. Vanerio,

Meu paciente não é fumante ativo ou passivo.

Cordialmente

F. Wasserman

Caro Dr. Kaski

Gostaria de fazer uma pergunta sobre provocar espasmo coronário: Na Ucrânia e Rússia, provocamos espasmo coronariano geralmente com o “teste com frio”(????????????????): um balde com água gelada onde o paciente mergulha seus braços até os cotovelos; e é registrado o ECG simultaneamente. Quando u propus este método a colegas na argentina(onde moro atualmente) eles acharam crueldade. Nas suas apresentações istao não foi mencionado. Qual a sua opinião sobre este teste?

Dr. Andriy Vorotniak

Caro, Dr. Vorotniak

Obrigado pela pergunta. O teste do frio foi muito utilizado nos anos 80, às vezes sozinho, às vezes associado a hiperventilação. O problema não é que ele seja cruel, mas a sua baixa sensibilidade. Ergonovina e hiperventilação são superiores neste sentido.

Espero que este comentário tenha auxiliado.

Cordialmente

JC Kaski

*Juan Carlos Kaski MD, DSc, FRCP, FESC, FACC Professor of Cardiovascular
Science Director, Cardiovascular Biology Research Centre Division of
Cardiac
and Vascular Sciences St George's Hospital, University of London
Cranmer
Terrace, London SW17 0RE, UK Tel. No. + 44 208 725 5901/3963 Fax No. +
44
208 725 3328*

Caros amigos,

Esta é a chance de enviar meus mais sinceros parabéns por este magnífico simpósio, que tem esclarecido muitas dúvidas e nos atualizado sobre os tratamento a seguir. Minha preocupação é: eu tenho um paciente que relata que há 20 anos tem contrações ventriculares prematuras, que por vezes chegou atingir a 20-25 por minuto, por vezes em ocasiões independentes e em outras, seguidas de outros eventos. Em uma certa ocasião, ele apresentou bigeminismo e mesmo trigeminismo. Esta anormalidade poderia ser perfeitamente corrigida com a administração de propafenona (rytmonorm). Eu gostaria de saber a etiologia desta manifestação, se de fato poderia ser pós-espasmo coronariano e/ ou contrações prematuras por foco ectópico.

Como observação, nenhum dos exames (teste de esforço, ecocardiograma) apresentou dados para doença coronária. Então, o que poderia ser administrado, bem como o prognóstico?

Muito obrigado pela sua atenção,

Jorge Ruiz M. D.