

Comportamento de Paciente Chagásico após Implante de Cardioversor-Desfibrilador

Solange Maria Pereira GIACHETTO⁽¹⁾ Oswaldo Tadeu GRECO⁽¹⁾ Augusto CARDINALLI NETO⁽¹⁾
Adalberto Menezes LORGA FILHO⁽²⁾ Marcelo José Ferreira SOARES⁽³⁾ Paulo Roberto PAVARINO⁽⁴⁾
Carlos Alberto SANTOS⁽³⁾ Antonio Carlos BRANDI⁽³⁾ Rafael Lois GRECO⁽⁵⁾

Reblampa 78024-367

Giachetto SMP, Greco OT, Cardinalli Neto A, Lorga Filho AM, Soares MJF, Pavarino PR, Santos CA, Brandi AC, Greco RL. Comportamento de paciente chagásico após implante de cardioversor-desfibrilador. Reblampa 2004; 17(1): 33-36.

RESUMO: esta apresentação de caso é de um paciente chagásico com taquicardia/fibrilação ventricular encaminhado para implante de cardioversor-desfibrilador cardíaco. Sua evolução mostra episódios desta mesma arritmia que foi revertida com sucesso após terapia com "burst" e/ou choque.

DESCRITORES: cardiomiopatia, taquicardia ventricular, cardioversor-desfibrilador implantável, doença de Chagas.

APRESENTAÇÃO DE CASO

Paciente do sexo masculino, branco, 68 anos, portador de Doença de Chagas, admitido na emergência do Hospital Austa de São José do Rio Preto, em Janeiro de 1998, com queixa de dispnéia e palpitações há 30 minutos.

O exame físico mostrava: paciente dispnéico, corado, acianótico e hidratado. A pressão arterial era de 120/90 mmHg e a frequência cardíaca de 160 bpm. O ritmo cardíaco, regular e sem sopros. Os pulmões, limpos. O abdômen e o restante do exame físico eram normais.

Foi realizado um eletrocardiograma (ECG) que revelou taquicardia ventricular sustentada (TVS),

revertida espontaneamente logo após a entrada na sala de emergência.

O paciente negava quadro clínico semelhante anterior e não fazia uso de medicação.

Exames complementares (realizados nos primeiros dias de internação): ECG: ritmo sinusal, desvio do eixo elétrico do QRS para esquerda.

ECOCARDIOGRAMA: disfunção ventricular esquerda discreta e acinesia da parede posterior.

Sorologia para Chagas: positiva.

Recebeu alta em uso de amiodarona na dosagem de 200 mg/dia e enalapril 5 mg/dia.

(1) Cardiologista.

(2) Eletrofisiologista.

(3) Cirurgião Cardíaco.

(4) Ecocardiografista.

(5) Médico-residente em clínica médica.

Endereço para correspondência: Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Av. Faria Lima, 5124, Jardim São Pedro. CEP: 15090-000 - São José do Rio Preto - SP, Brasil.

Trabalho recebido em 07/2003 e publicado em 03/2004.

Após 10 meses de tratamento, o paciente queixou-se de episódios de palpitações e tonturas. Foi realizado Holter, que detectou vários episódios (272) de taquicardia ventricular não sustentada. A dose de amiodarona foi aumentada para 400 mg/dia, com melhora do quadro clínico.

Em novembro de 2001, o paciente foi novamente internado com quadro de TVS e recebeu cardioversão elétrica de 200J. De imediato, encaminhado para o Setor de Marcapasso do Hospital de Base para implante de Cardioversor-Desfibrilador Implantável (Guidant, Inc.). Recebeu alta 4 dias após, com amiodarona 400mg/dia, IECA 25mg 3x dia, Furosemida 1x dia. Sua evolução mostra episódios desta mesma arritmia que foi revertida com sucesso após terapia com "burst" e/ou choque, conforme mostram as figuras 1 e 2.

DISCUSSÃO

Morte súbita de origem cardíaca é a principal causa de morte nos Estados Unidos. Estima-se que 200 a 400 mil pessoas morrem devido a esta razão, por ano, e que apenas 5% têm sucesso após manobras de ressuscitação. A maioria destas mortes ocorre quando os pacientes estão em fase de descompensação cardíaca associada à redução da função ventricular.

A incidência anual de morte súbita tem aumentado entre pacientes com insuficiência cardíaca. O avanço da idade na população com doença arterial coronária é a principal causa do aumento de sua incidência, sendo que o estudo de Framingham¹ mostra que a mortalidade por morte súbita é de 24% para as mulheres e 55% para os homens em 4 anos de evolução. Por ser a causa mais comum de morte, com incidência de 3 milhões de casos/ano em todo o mundo e uma taxa de sobrevivência menor que 1%, os resultados recentes de grandes estudos têm ampliado as indicações de cardioversores-desfibriladores em pacientes sobreviventes de morte súbita.

Entretanto, ainda existem dificuldades na indicação destes dispositivos como profiláticos no tratamento de morte súbita, devido aos poucos preditores clínicos, além de grandes estudos em andamento não terem evidenciado vantagens nesta conduta, como o "Cardiomyopathy Trial" (CAT)².

Em relação à doença de Chagas, são poucos os trabalhos citados na literatura, por isto achamos de interesse a publicação deste caso, já que se tornam cada vez mais freqüentes em nosso meio.

Apesar da amiodarona ter aceitação global como droga de escolha para o tratamento farmacológico de

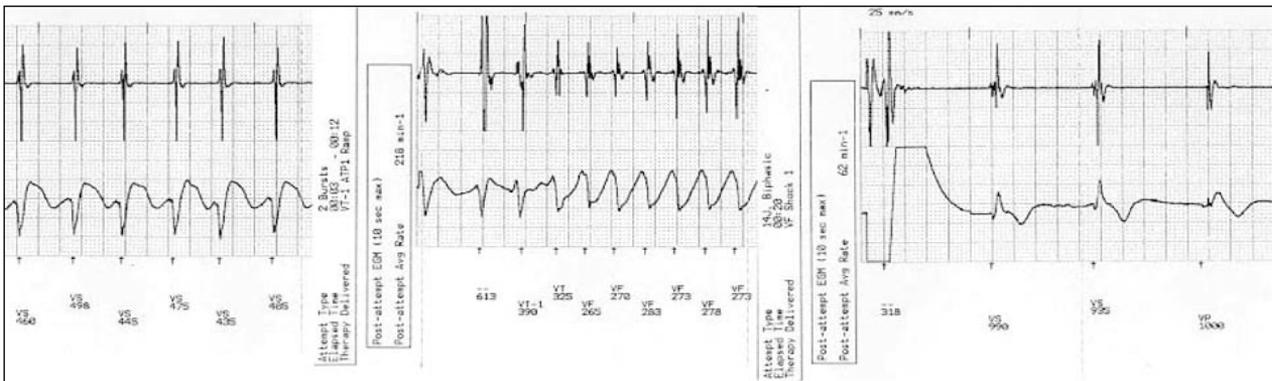


Figura 1 - Taquicardia Ventricular que reverteu com a terapia de "BURST".

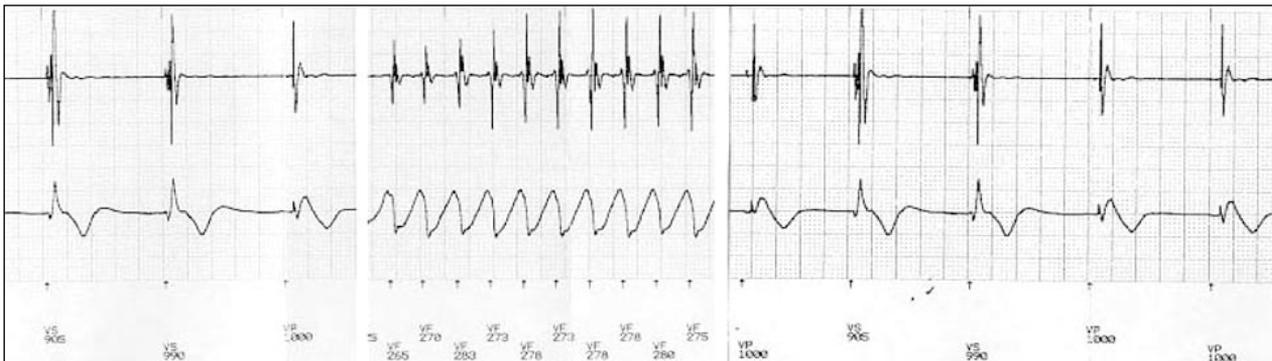


Figura 2 - Taquicardia Ventricular de mesma morfologia da anterior que reverteu no mesmo período somente com choque.

pacientes portadores de TVS na vigência de disfunção ventricular esquerda, seus modestos resultados na prevenção das crises de taquicardia e de morte súbita fizeram com que novas técnicas fossem desenvolvidas, na tentativa de se evitar a morte súbita e melhorar a sobrevivência de pacientes portadores de TVS.

A escassez de estudos a respeito da evolução e da sobrevivência de pacientes chagásicos portadores de TVS faz com que as condutas terapêuticas adotadas sejam sempre extrapoladas dos estudos clínicos realizados em pacientes isquêmicos.

Entretanto, não podemos ter plena certeza do real benefício de nossas condutas, principalmente se considerarmos que, apesar de apresentarem semelhanças, trata-se de duas cardiopatias etiológicamente distintas, que não necessariamente responderão da mesma forma às terapêuticas instituídas.

Rassi Jr. et al.³ avaliaram uma série com 444 pacientes chagásicos, dividindo-os em 4 subgrupos, conforme a presença ou não de TVS e disfunção ventricular esquerda. A comparação das curvas de sobrevivência mostrou que os subgrupos com disfunção ventricular esquerda apresentaram as menores sobrevivências: 20%, quando associada à taquicardia ventricular não sustentada e 40%, na ausência de TVS. Garzon et al.⁴, avaliando uma série de 987 pacientes chagásicos acompanhados por até 22 anos, identificaram a presença de TVS, como critério preditor independente de morte súbita. Scanavacca et al.⁵ acompanharam 35 pacientes chagásicos portadores de TVS tratados empiricamente com amiodarona e observaram maior mortalidade naqueles com graus mais avançados de insuficiência cardíaca.

Pelo fato de existirem fortes suspeitas do mau prognóstico imposto pela presença de TVS na cardiopatia chagásica, esses pacientes sempre foram alvo de tratamentos exaustivos com fármacos antiarrítmicos. Nas últimas três décadas, tanto no Brasil como nos demais países da América do Sul, a amiodarona tem sido o tratamento de escolha para esses pacientes⁶. Devido ao risco iminente de pró-arritmia, existente em praticamente todos os outros fármacos antiarrítmicos disponíveis no mercado - quando utilizados

em pacientes portadores de disfunção ventricular - a amiodarona tornou-se, com o passar dos anos, praticamente o único tratamento farmacológico relativamente seguro e eficaz, disponível para essa população.

Do ponto de vista clínico, observamos, em estudos comparando a utilização de cardioversores-desfibriladores implantáveis entre pacientes chagásicos e isquêmicos, que nos pacientes chagásicos a ocorrência de choques apropriados foi significativamente maior que nos pacientes isquêmicos, durante o mesmo período de seguimento, sugerindo maior recorrência e conseqüente malignidade da arritmia na Doença de Chagas⁷.

Ainda na cardiopatia chagásica crônica, uma porcentagem considerável de pacientes portadores de TVS com função ventricular preservada, ou discretamente alterada, verificamos na literatura que os valores de fração de ejeção destes pacientes são relativamente maiores que os isquêmicos. Outro dado a considerar-se é que a ocorrência de morte súbita, decorrente de taquiarritmias malignas, na cardiopatia chagásica não parece estar restrita somente à população de pacientes com disfunção ventricular. A morte súbita pode ocorrer como primeiro sintoma em chagásicos previamente hígidos⁸.

Esse comportamento clínico, aparentemente mais agressivo da TVS na cardiopatia chagásica, faz com que especulemos a presença de maior letalidade, que talvez não esteja tão estreitamente relacionada ao grau de disfunção ventricular esquerda, como observada na cardiopatia isquêmica.

Entretanto, a cardiopatia isquêmica e a chagásica apresentam substratos arritmogênicos semelhantes, constituídos por tecido miocárdico viável entremeadado por tecido fibroso. Essa mescla de cicatriz com tecido viável cria condições para que existam fenômenos de reentrada, mecanismo já bem estabelecido como responsável pela TVS nas duas cardiopatias. Porém, uma diferença a considerar entre as duas formas de miocardiopatia é o seu caráter evolutivo. Se na Doença de Chagas, ainda não dispomos de medidas eficazes que possam interromper ou alentecer o processo evolutivo da miocardiopatia, já na isquêmica dispomos de medidas bem estabelecidas, que podem tornar mais lento ou estabilizar o processo evolutivo da doença.

Reblampa 78024-367

Giachetto SMP, Greco OT, Cardinali Neto A, Lorga Filho AM, Soares MJF, Pavarino PR, Santos CA, Brandi AC, Greco RL. Behavior of the chagasic patient after a cardioverter-defibrillator implantation (ICD). Reblampa 2004; 17(1): 33-36.

ABSTRACT: Case report on patient with Chaga's disease presenting ventricular tachycardia and fibrillation, having received an ICD. During follow-up the patient presented episodes of the previous arrhythmia which were successfully reverted with therapy "burst and/or shock".

DESCRIPTORS: myocardial disease, ventricular tachycardia, implantable cardioverter-defibrillator, Chagas'disease.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Kannel WB, Plehn JF, Cupples A. Cardiac failure and sudden death in the Framingham study. *Am Heart J* 1998; 115: 869-75.
- 2 Connolly SJ, Gent M, Roberts RS, et al. Canadian implantable defibrillator against amiodarone. *Circulation* 2002; 101: 1297-302.
- 3 Rassi Jr. A, Waktare JEP, Rassi SG, et al. Heart disease: long term prognostic significance of nonsustained tachycardia ventricular and left ventricular dysfunction 1999; 22: 636-48.
- 4 Garzon SAC, Lorga A, Jacob JL, et al. Predictors of sudden death in chronic Chagas'heart disease: long term follow-up of 987 subjects for up to 22 years. *Eur Heart J* 1998; 19: 644.
- 5 Scanavacca M, Sosa EA, Lee JH, et al. Terapêutica empírica com amiodarona em portadores de miocardiopatia chagásica crônica e taquicardia ventricular sustentada. *Arq Bras Cardiol* 1990; 54: 367-71.
- 6 Chiale OS, Halpern MS, Nau GJ, et al. Malignant ventricular arrhythmias in chronic chagasic myocarditis. *PACE* 1982; 5: 162-72.
- 7 Babinovich R, Muratore C, Iglesias R, et al. Time to First shock in implantable cardioverter defibrillator (ICD) patients with Chagas cardiomyopathy. *PACE* 1999; 22: 202-5.
- 8 Bestetti R, Freitas OC, Muccillo G, Oliveira JSM. Clinical and morphological characteristics associated with sudden cardiac death in patients with Chagas disease. *Eur Heart J* 1983; 14: 1610-4.