

Bloqueio auriculo-ventricular completo

ANTÓNIO LOURENÇO*, VÍTOR PAULO MARTINS**, M. SANTOS PEREIRA***

RESUMO

Os autores descrevem um doente a quem foi diagnosticado, numa consulta de Medicina Geral e Familiar, um bloqueio auriculo-ventricular completo, acompanhado de hipertensão arterial; alguns dias após a implantação do pacemaker definitivo numa unidade de pacing, o doente teve uma complicação, tendo recorrido novamente ao seu médico de família.

Palavras-chave:

Bloqueio auriculo-ventricular completo; Complicações de pacing; Clínica geral

SUMMARY

The authors described a patient with arterial hypertension and complete heart block, diagnosed by the family physician; a few days after permanent pacemaker implantation on a pacing unit, the patient developed a complication and went again to his family doctor.

Key words:

Complete heart block, Pacing complications, General practice

Introdução

Na actividade multifacetada que constitui o dia-a-dia do médico de família, situações clínicas há que, pela sua gravidade, podem servir de marcos sinalizadores para a importância de um exame objectivo adequado e orientado para o problema de saúde em causa, bem como a nível das instituições de saúde, da articulação entre serviços. O caso que se apresenta pode constituir um paradigma deste tipo de situações.

Descrição do caso clínico

PM, é um doente do sexo masculino, 56 anos de idade, actualmente reformado da actividade de empregado bancário, casado (família nuclear sem filhos), residente em Sol Posto, Cartaxo.

Motivo da consulta (MC)

O doente vem à consulta do médico de família em 19/1/2000 por queixas de cansaço fácil, desde há dois meses, com agravamento nas últimas semanas.

Antecedentes pessoais

Hábitos tabágicos muito marcados desde há trinta anos e, desde pelo menos há dez anos, fuma em média 60-80 cigarros/dia.

Não ingere bebidas alcoólicas.

Antecedentes de tuberculose pulmonar há 20 anos.

Consultas anteriores

Na ficha clínica havia registo de uma consulta em 1994 por rotina, na qual o doente se apresentava com um pulso de 52/minuto, peso de 51Kg, valores de tensão arterial de 170-95 mmHg. Exceptuando a bradicardia, a auscultação cardiopulmonar era irrelevante. O plano instituído preconizava a vigilância da tensão arterial, mas PM não voltou à consulta.

A consulta seguinte foi em Janeiro de 1997. Nesta altura o doente apresentava-se assintomático e vinha novamente para um exa-

me de rotina. Negava queixas, nomeadamente do foro cardiorespiratório. No exame objectivo constatou-se a existência de um perfil constitucional magro (peso: 50Kg; índice de massa corporal: 18), um pulso rítmico com uma frequência cardíaca de 50/minuto e uma tensão arterial de 120-70 mmHg.

No plano de acção pediram-se alguns exames complementares de diagnóstico, observados na consulta seguinte (cerca de vinte dias depois) e cujos resultados foram: hemograma (normal), VS (1ª hora: 15 mm), glicémia (114 mg/dl), creatinénia (0,7 mg/dl), colesterolémia total (297mg/dl), radiologia do torax (sem alterações), electrocardiograma (ritmo sinusal, hemibloqueio anterior esquerdo, alterações inespecíficas da repolarização ventricular, fibrose antero-septal).

Discutiu-se com o doente alguns cuidados dietéticos (que o doente em geral já fazia) e reforçou-se a necessidade de diminuir o número de cigarros/dia (face à recusa em parar repentinamente de fumar), mas tendo como meta a posterior abstinência tabágica. Procedeu-se à medicação com lovastatina, 20mg u.i.d

*Assistente Graduado de Clínica Geral
Centro de Saúde do Cartaxo

**Assistente Hospitalar de Cardiologia
Hospital Distrital de Santarém

***Interna do Internato
Complementar de Clínica Geral
Centro de Saúde do Cartaxo

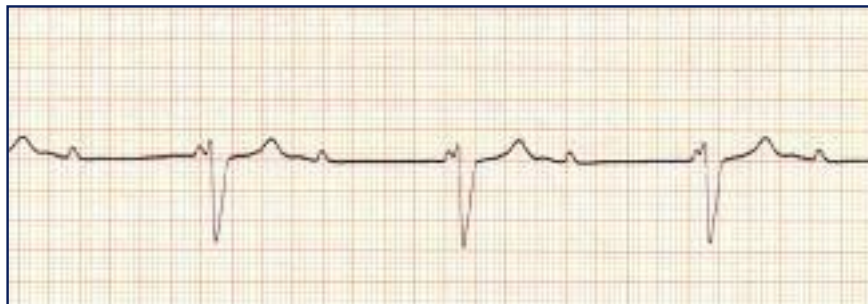


Fig 1 - ECG feito no Centro de Saúde do Cartaxo. Nele são objectiváveis os critérios de diagnóstico de BAVC: activação auricular e ventricular ocorre independentemente uma da outra; a frequência auricular é mais rápida que a ventricular; o intervalo P-P e o intervalo R-R são constantes; o intervalo P-R é variável



Fig 2 - ECG feito no Hospital Distrital de Santarém, após colocação de *pacemaker*, é observável *spike* auricular (x) e ventricular (xx) e respectiva despolarização (ritmo de *pacing* de dupla câmara)

(toma única diária), por se considerar que só as medidas dietéticas seriam aqui insuficientes para a diminuição dos níveis de colesterolémia e marcou-se reavaliação para dois meses depois. PM não veio a esta consulta por não se sentir doente.

Doença actual

Consulta 19/1/2000 (10 h)

S - Refere existência de cansaço para médios esforços desde há dois meses; nas últimas semanas notou agravamento significativo (cansaço para pequenos esforços), bem como dispneia, progressivamente mais intensa, desde há 2 meses. Nega: precordialgia, tosse, expectoração, emagrecimento ou febre.

O - Doente com algum grau de dispneia, sem cianose labial; sem ingurgitamento jugular visível

Tensão arterial: 200-90 mmHg; pulso radial: arritmico, 35 pulsações/ minuto

Auscultação cardíaca: tons cardíacos apagados, sem sopros

Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular diminuído; muito discretos ferveores bilaterais nas bases de ambos os campos pulmonares

Abdómen: sem alterações

Membros inferiores: sem edemas; pulsos palpáveis (femoral e popliteu) simétricos e amplos

A - Hipertensão arterial. Insuficiência cardíaca. Bloqueio auriculo-ventricular ?

P - Fazer electrocardiograma (ECG); não baixar a tensão arterial até avaliar o ECG



Fig 3 - Electrodo intracavitários, a nível da aurícula e ventrículo.

Consulta 19/1/2000 (continuação); (11 h)

O - ECG (feito no Centro de Saúde do Cartaxo, alguns minutos após a consulta) (figura 1):

Frequência ventricular: 37/minuto; bloqueio auriculo-ventricular completo (com QRS estreitos)

A - Bloqueio auriculo-ventricular completo (BAVC).

P - Contactado telefonicamente o serviço de Cardiologia do Hospital Distrital de Santarém; o doente foi referenciado, tendo sido colocado nesse mesmo dia um *pacemaker* provisório por via femoral direita, sem complicações.

Durante o internamento hospitalar de 5 dias foi implantado *pacemaker* permanente (DDD-R) por via cefálica esquerda (Figs. 2 e 3).

O doente teve alta a 24/1/2000, tendo sido medicado com indapamida 2,5 mg u.i.d. e perindopril 4 mg u.i.d. com carta para o médico de família e indicação de voltar à consulta hospitalar um mês depois.

Seis dias depois da alta hospitalar, o doente pede para ser visto com urgência pelo médico de família.

Consulta 31/1/2000

MC - O doente tinha caído repentinamente uma hora antes

S - Lipotímia com perda de conhecimento há uma hora. Refere mal-estar indefinido; nega precordialgia ou vômitos. Não tinha voltado a fumar desde o internamento hospitalar.

O - Doente apresentava ligeira escoriação na região frontal; encontrava-se lúcido, mas com alguma ansiedade. Não havia sinais clínicos de fractura óssea; o exame neurológico sumário era normal. O pulso era arritmico, 72/ minuto; tensão arterial: 190-90 mmHg; auscultação cardíaca: arritmia, sem sopros; auscultação pulmonar sem alterações.

A - Síncope. Complicação do *pacemaker* ?

P - Após contacto telefónico com o Serviço de Cardiologia do Hospital Distrital de Santarém, o doente é de imediato referenciado.

A observação no Serviço de Cardiologia demonstra a existência do funcionamento inadequado do *pacemaker* permanente com captura ventricular intermitente, tendo havido necessidade de se proceder a revisão cirúrgica do mesmo, o que é efectuado sob internamento quatro dias depois. Constatou-se o deslocamento do eléctrodo ventricular, pelo que foi sujeito a recolocação do respectivo eléctrodo e verificação dos limiares do eléctrodo auricular.

Teve alta a 8/2/2000 assin-

tomático, em ritmo de *pacings* DDD, estando *pacemaker* dependente. A indapamida foi substituída pelo furosemido 40 mg u.i.d.

Depois deste último internamento foi reobservado em consulta de Medicina Geral e Familiar. O doente estava assintomático, com frequência cardíaca de 72/min, rítmico, tensão arterial de 160-70 mmHg; mantinha valores de colesterolémia acima de 300mg/dl; instituiu-se terapêutica com lovastatina 20 mg u.i.d. O doente voltou a ter presentemente uma vida normal.

Comentários:

Este caso pode suscitar algumas reflexões:

1. Embora as perturbações da condução cardíaca não sejam de todo infrequentes na prática da Medicina Geral e Familiar¹, o BAVC é uma situação clínica mais rara, mas cujo conhecimento é importante, não só para o diagnóstico inicial e consequente referenciação para *pacings* (que alterou radicalmente a história natural da doença)², como também para o despiste de eventuais complicações³. De facto, se bem que estes doentes tenham de ser tratados e seguidos periodicamente em unidades especializadas de *pacings*, no dia-a-dia o seguimento passa também pelo médico de família. Este doente teve, poucos dias após a colocação do *pacemaker* definitivo, uma complicação, tendo recorrido ao seu médico de família. O exame objectivo é um elemento essencial na avaliação destes doentes.

2. No BAVC não é raro o doente ter tensões arteriais elevadas; tal facto faz parte da resposta hemodinâmica à baixa frequência cardíaca e é vital para manter débitos sanguíneos adequados nos territórios

mais sensíveis (cérebro, coração, rim); a tentativa de baixar a tensão arterial de forma rápida pode ter consequências muito deletérias, desencadeando, por exemplo, um acidente vascular cerebral ou um enfarte de miocárdio, por hipoperfusão. Não se aconselha, pois, em geral, nestas circunstâncias, baixar a tensão arterial sem a resolução do problema base.

3. O BAVC constitui uma indicação clássica para *pacings*. A lista de indicações para terapêutica eléctrica tem vindo recentemente a aumentar³. O número de indicações para *pacings* é maior nas faixas etárias mais avançadas (inerente às patologias) e em vários países a maioria das implantações é feita não em centros terciários, mas em hospitais distritais^{4,5}, com taxas de sucesso equiparáveis em ambos os tipos de centros⁵.

4. A nota de alta do doente indicava que o mesmo era portador de um *pacemaker* DDD-R (significa *pacemaker* de dupla câmara com adaptação em frequência). É conveniente que o médico de família conheça os vários tipos de *pacemaker* que estes doentes podem ter.

5. O controlo da hipertensão arterial, da hipercolesterolémia e a abstinência tabágica constituem, obviamente, elementos importantes para uma evolução favorável deste doente.

6. Uma boa articulação entre cuidados de saúde primários e serviços hospitalares é fundamental num sistema de saúde, podendo constituir este caso um exemplo dessa necessidade.

Referências Bibliográficas

1. Jordão JG. A Medicina Geral e Familiar. Caracterização da Prática e sua Influência no Ensino Pré-Graduado.

Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Medicina de Lisboa, 1995.

2. Edhag O, Swahn A. Prognosis of patients with complete heart block or arrhythmic syncope who were treated with artificial pacemakers: a long-term follow-up study of 101 patients. *Acta Med Scand* 1976; 200:457-63

3. Martins VP, Pitta ML, Peres M, Silva GF. Indicações actuais e futuras para terapêutica eléctrica. Seguimento do portador de *pacemaker*. *Rev Port Clin Geral* 2000; 16:221-38

4. Daley WR, Kaczmarek RG. The epidemiology of cardiac pacemakers in the older US populations. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 1016-9

5. Doherty JG, Dawson F, Ken F. Permanent pacemaker practice at a Scottish district general hospital between 1987 and 1993. *Br Heart J* 1995; 73: 475-8

Recebido em 29/02/2000

Aceite para publicação em 04/04/2000

Endereço para correspondência:

António Lourenço
Centro de Saúde do Cartaxo
Rua do Progresso
2070 Cartaxo