

Caso clínico

Luiz Antonio Rodrigues¹

Gerson Paulo Goldwasser²

Mulher de 72 anos, branca, casada, natural do Rio de Janeiro, professora aposentada, é atendida no setor de emergência, com a seguinte história clínica:

QD – palpitações e dor na barriga

HDA – Relata que, há dois dias, vem sentindo tonteados, palpitações e sudorese. Teve também desconforto e dor abdominal. Há vinte e quatro horas, apresentou dor abdominal de forte intensidade, de início súbito e localizada no mesogástrico. Logo após evacuou fezes com sangue escuro. Hoje notou abdome aumentado de volume e não eliminou fezes e gases e teve vômito de cor achocolatada.

Há dois meses, tem tido vários episódios de dor no mesogástrico cerca de vinte minutos após as refeições. O uso de analgésicos não ocasionava melhoras, porém observou que esta aliviava espontaneamente.

Antecedentes – II gesta, hipertensão arterial sistêmica moderada controlada há ±15 anos (atenolol 50mg/dia, maleato de enalapril 20mg/ dia, hidroclorotiazida 25mg/dia), dislipidemia (Sinvastatina 20mg), arritmia cardíaca, doença arterial periférica em membros inferiores.

Antecedentes sociais - tabagista há 40 anos com consumo de 30 cigarros/dia, etilista moderada e boas condições sócio-econômicas.

Antecedentes familiares - pai falecido de infarto agudo do miocárdio, mãe falecida de acidente vascular encefálico, um irmão com hipertensão arterial sistêmica, dois filhos com boa saúde.

Exame Físico Geral – regular estado geral palidez cutâneo mucosa, anictérica, acianótica, afebril, hipo hidratada, hipocorada +/-.

Pulso radial irregular com frequência de 125 bpm PA:

115x90mmHg

¹ *Supervisor do Internato em Cirurgia da Escola de Medicina Souza Marques. Subchefe do Departamento de Cirurgia da Escola de Medicina Souza Marques. Especialista e Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*

² *Prof. Adjunto da Escola de Medicina Souza Marques. Chefe da 3ª Enfermaria do Ho Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Mestre em Cardiologia pela UFRJ. Especialista e Membro da Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro*

Aparelho cardiovascular: **rítmo irregular**, sopro holo-sistólico (+++/6) no ápice.

Aparelho respiratório - murmúrio vesicular preservado bilateral, sem ruídos adventícios, frequência respiratória 16 irm.

Abdome – pouco distendido, normotenso, ruídos hidroaéreos **débeis**, sopro sistólico em dorso, dor leve em epigástrio, livre à palpação superficial e profunda.

Membros inferiores - sem edema, panturrilhas e coxas livres, perfusão distal diminuída, enchimento capilar lento, temperatura normal, hipotrofia muscular leve, diminuição de pelos, onicomiose, ausência de pulso femoral esquerda, femoral direito +/4, ausência dos demais pulsos.

Membros superiores: sem edema, boa perfusão distal, pulsos ++++/4.

Evolução:

Duas horas após a internação, apresentou vômitos, distensão abdominal e ausência de peristaltismo.

Diagnóstico pré-exame clínico

A história clínica da paciente inicia-se com palpitações, tonteira e sudorese. Palpitação, síncope, pré-síncope e dor precordial são os sintomas frequentes na fisiopatologia das arritmias cardíacas, sendo a palpitação o sintoma mais comum. Outros sintomas são tonteira e sudorese.

Neste caso, há forte suspeita de arritmia cardíaca. A clínica, porém, evoluiu para desconforto abdominal com súbita e intensa dor. As fezes passaram a apresentar-se com sangue escuro.

Há uma informação relevante nesta história, que é a dor no mesogástrio após refeições que cessa espontaneamente, o que faz suspeitar-se de angina abdominal.

Quando da chegada à Emergência, a paciente apresentava quadro de oclusão intestinal.

Na história pregressa, chama atenção a história de dislipidemia, hipertensão arterial, arritmia cardíaca e infarto do miocárdio. Pela história clínica, há fortes suspeitas de:

- arritmia cardíaca
- angina abdominal
- obstrução intestinal

O diagnóstico pós-exame clínico

O exame clínico nos apresenta sinais relevantes, o pulso irregular com frequência de 125bpm e pressão arterial de 115X90mmHg.

A ausculta cardíaca confirma o ritmo irregular e sopro holo-sistólico +++/6.

No exame do abdome, foram notadas distensão e ausência de peristaltismo.

A história clínica faz-nos suspeitar de arritmia cardíaca e obstrução intestinal. O exame clínico corrobora com o diagnóstico de obstrução devido à isquemia mesentérica.

Exames complementares

Com relação à arritmia cardíaca, o diagnóstico inicia-se com uma história clínica e exame físico detalhados e registro eletrocardiológico (ECG) durante sua ocorrência.

Para o diagnóstico da arritmia cardíaca são significativos os dados de irregularidade do ritmo cardíaco e frequência elevada que junto com o ECG (Fig1) abaixo, permite o diagnóstico de fibrilação atrial.

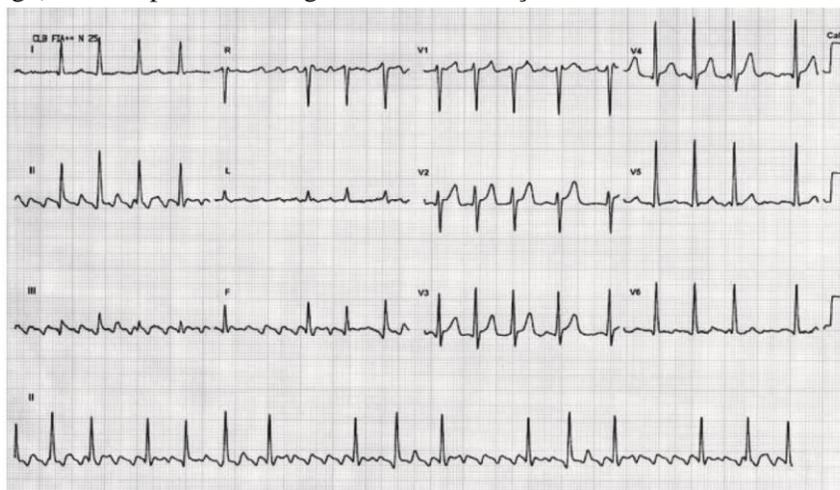


Fig1: ECG: ritmo irregular, intervalos R-R irregulares, com frequência cardíaca elevada maior que 120bpm; ondulações irregulares da linha de base formando as ondas “F” de fibrilação atrial

A paciente apresenta também dor abdominal súbita, localizada no mesogástrico, com aumento do volume abdominal e vômitos de cor achocolatada. Estes são fortes indícios de isquemia mesentérica, principalmente se associarmos ao quadro clínico de fibrilação atrial.

Na história, há também sintomas que nos leva a suspeitar de angina abdominal o que também pode evoluir para a isquemia do intestino.

As radiografias de abdome (Figura 2A) mostram imagens de níveis hidroaéreos, justificando a parada de gases, fezes, a ausência de peristaltismo. A figura 2 B apresenta o sinal de empilhamento de moedas, demonstração da presença de edema de mucosa.

Ao associarmos o quadro de fibrilação atrial com dor abdominal súbita, localizada no mesogástrico, podemos assim concluir pelo diagnóstico clínico de isquemia mesentérica.

Nos casos mais graves, na radiografia simples de abdome, pode ser visualizado gás na parede intestinal ou na veia porta.

A ângio TC e a angio ressonância são exames não invasivos que confirmam o diagnóstico.



Figura 2 A - Radiografia simples de abdome em posição ortostática onde são observados vários níveis hidroaéreos dispersos.



Figura 2 B – Radiografia simples de abdome em decúbito dorsal mostrada dilatação de delgado e o sinal de empilhamento de moedas.

Tratamento

O paciente foi submetido à monitorização cardíaca, reposição hidroeletrólítica, correção da acidose, heparinização, antibioticoterapia. A

laparotomia encontrou intensa necrose do intestino delgado (Fig 3). Foi realizada a ressecção das alças necrosadas com anastomose término terminal.



Figura 3 – Extensa necrose de alças do intestino delgado.

Conclusão

A fibrilação atrial (FA) é uma arritmia cardíaca de frequência irregular e geralmente muito rápida. É a arritmia cardíaca mais comum nos indivíduos idosos, e se caracteriza pela ausência de atividade sincronizada elétrica ou mecânica atrial. A FA é geralmente associada à doença cardíaca estrutural subjacente, que resulta em insuficiência cardíaca e aumento atrial.

Os principais fatores de risco são: dislipidemia, hipertensão arterial, uso excessivo de álcool, cafeína e cigarro.

Pode causar sintomas como palpitações taquicárdicas irregulares, fadiga, dispnéia, tonturas e síncope.

Sua importância clínica é o potencial em causar trombos atriais e embolia arterial periférica, tais como acidente vascular encefálico, infarto miocárdico, enteromesentérico e de membros inferiores.

O tratamento visa o controle da frequência cardíaca e ou a restauração do ritmo cardíaco ao normal, seja por medicamentos ou por cardioversão elétrica. Mais atual tem sido a indicação de manutenção do ritmo normal através da técnica de ablação dos focos deflagradores, situados na junção da musculatura atrial com as veias pulmonares.

O emprego da anticoagulação em longo prazo, na população não controlada quanto ao ritmo, é a prevenção dos fenômenos tromboembólicos.

A isquemia mesentérica pode ser aguda ou crônica. A isquemia aguda é devida à doença embólica dos vasos mesentéricos. É de início súbito com dor localizada no abdome médio. Em geral, a dor está associada à evacuação intestinal. Um terço dos pacientes apresentam a tríade de dor abdominal, febre e sangue positivo nas fezes.

A recente história de infarto do miocárdio, fibrilação atrial, trombose mural, doença da válvula mitral, aneurisma do ventrículo esquerdo é sugestiva de isquemia do intestino.

Estes pacientes têm tipicamente outras manifestações de doença aterosclerótica, tais como, doença coronariana, doença arterial periférica e estenose de carótida.