

Quem vê cara, não vê coração: Síndrome Coronariana Aguda em atleta

Bruno Linhares Azeredo Corrêa¹, Amanda de Carvalho Siqueira¹, Monique Almeida Vaz¹, Fábio Lucas Bassini e Silva¹, Paulo André da Silva¹, Ana Beatriz Esteves Batista¹, Rômulo Vieira Mello de Oliveira¹, Fábio Akio Nishijuka², Renata Rodrigues Teixeira de Castro². ¹ Residentes de cardiologia; ² Orientadores

Hospital Naval Marcílio Dias, Marinha do Brasil, Rio de Janeiro, Brasil

INTRODUÇÃO

A prática regular de atividade física provoca adaptações no organismo em resposta à estímulos decorrentes de exercícios aeróbicos e/ou anaeróbicos. No coração, algumas dessas modificações decorrentes do remodelamento cardíaco estrutural e da resposta fisiológica adaptativa se assemelham à patologias cardiovasculares.

DISCUSSÃO

As principais alterações encontradas no ECG são: Bradicardia sinusal, repolarização precoce, inversão de onda T em V1-V2 (em caucasianos) ou em V2 a V4 (em afrodescendentes); Bloqueio de ramo direito; Sinais sugestivos de sobrecarga de ventrículo esquerdo; Bloqueios atrioventriculares 1º grau ou 2º grau Mobitz I (Wenckebach). Portanto, cabe ao médico avaliar se a alteração encontrada é sugestiva de patologia ou resposta adaptativa ao exercício

RELATO DE CASO

Paciente de 36 anos, com história familiar de doença arterial coronariana (DAC), em investigação para mielodisplasia, sem outras comorbidades prévias conhecida, militar da ativa com excelente capacidade funcional, maratonista, Deu entrada na emergência com dor torácica tipo B e alteração no eletrocardiograma com inversão de onda "T" em V2-V5 além de alteração de repolarização em parede lateral alta. Internado para estratificação, apresentou durante o teste ergométrico critérios para isquemia e arritmia complexa, evoluindo para taquicardia ventricular, precisando interromper o exame. Cintilografia, confirmando critérios para isquemia e ecocardiograma transtorácico sem alterações ao método. Em virtude dos achados, prosseguiu-se a investigação com cineangiocoronariografia que evidenciou lesão grave obstrutiva tri-arterial (Descendente anterior ocluída no final do segmento proximal com enchimento por colaterais, Circunflexa com lesão de 70% na origem, coronária direita com 90% no segmento médio e ramo ventricular posterior com 80% no terço médio), sendo necessário cirurgia de revascularização miocárdica para correção das lesões.

Figura 1: Alterações encontradas no Eletrocardiograma e ações frente aos achados

NORMAL

- Ritmo juncional de escape
- Bradicardia sinusal (>30bpm)
- BAV 1º grau
- BAV 2º grau Mobitz I
- Inversão de onda T em V1-V2 (caucasianos)
- Inversão de onda T em V2-V4 (afrodescendentes)
- BRD incompleto
- Critério isolado para sobrecarga de VE
- Critério isolado para sobrecarga de VD
- Ritmo atrial ectópico

encontrado

ATENÇÃO

AVALIAR INVESTIGAÇÃO

- Frequência entre 80-100bpm
- Desvio eixo para direita
- Desvio eixo para esquerda
- Sobrecarga atrial esquerda
- Sobrecarga atrial direita
- BRD completo

INVESTIGAR SEMPRE

- Bradicardia extrema (< 30bpm)
- Taquiarritmias atriais/ventriculares
- Extrasístoles ventriculares >2/10s
- Frequência maior que 100bpm
- Intervalo PR < 120ms
- BAV 2º grau Mobitz II
- BAV 3º grau
- QT curto < 320ms
- QTc longo (>470ms em homens e 480ms em mulheres)
- Onda Q patológica
- Infra de ST >0,5mm em 2 derivações contíguas
- Padrão de Brugada tipo I