

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

CURSO DE MEDICINA

**Declaração de entrega do Trabalho de Conclusão de
Curso**

Declaro que o trabalho intitulado: “Relato de Caso: Consequências do diagnóstico tardio de uma taquicardiomiopatia, em hospital privado de São Paulo, Brasil”, realizado pelos alunos Felipe da Rocha Welikow e Arthur Vilar de Oliveira Malheiros, está apto para entrega, apresentação e avaliação das bancas nomeadas.

Prof. Dr. Carlos Gun

Assinatura do Orientador do Trabalho

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

CURSO DE MEDICINA

Felipe da Rocha Welikow

Arthur Vilar de Oliveira Malheiros

Relato de Caso: Consequências do diagnóstico tardio de uma taquicardiomiopatia, em hospital privado de São Paulo, Brasil

São Paulo

2024

Felipe da Rocha Welikow

Arthur Vilar de Oliveira Malheiros

Relato de Caso: Consequências do diagnóstico tardio de uma taquicardiomiopatia, em hospital privado de São Paulo, Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Gun

São Paulo

2024

Ficha Catalográfica

W475r Welikow, Felipe da Rocha.

Relato de caso: consequências do diagnóstico tardio de uma taquicardiomiopatia, em hospital privado de São Paulo, Brasil / Felipe da Rocha Welikow, Arthur Vilar de Oliveira Malheiros. – São Paulo, 2024.

14 p. : il., color.

Orientador: Carlos Gun.

Co-orientador: Edinaldo Jorge Piedade Malheiros.

TCC Graduação. (Curso Superior em Medicina) - Universidade Santo Amaro, 2024.

Bibliografia incluída.

1. Relato de caso. 2. Cardiologia. 3. Taquicardiomiopatia. I. Malheiros, Arthur Vilar de Oliveira. II. Gun, Carlos, orient. III. Malheiros, Edinaldo Jorge Piedade, coorient. IV. Universidade Santo Amaro. V. Título.

CDD 616.1

Elaborada pela Bibliotecária: Janice Toledo dos Santos CRB8/8391

Felipe da Rocha Welikow
Arthur Vilar de Oliveira Malheiros

Relato de Caso: Consequências do diagnóstico tardio de uma taquicardiomiopatia, em hospital privado de São Paulo, Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Gun

São Paulo, ____ de _____ de 2024

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Orientador

Prof. Dr. _____

Avaliador

Prof. Dr. _____

Avaliador

Conceito Final

Felipe da Rocha Welikow, Arthur Vilar de Oliveira Malheiros, Carlos Gun. *Relato de Caso: Consequências do diagnóstico tardio de uma taquicardiomiopatia, em hospital privado de São Paulo, Brasil* [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade Santo Amaro, 2024.

INTRODUÇÃO: As cardiomiopatias são doenças que afetam o músculo cardíaco, o miocárdio. Uma etiologia de cardiomiopatia pouco estudada é a miocardiopatia induzida por taquicardia, ou também conhecida como taquicardiomiopatia. Um coração exposto por muito tempo à taquicardia pode apresentar disfunção ventricular sistólica e diastólica, mesmo sem outras doenças cardiológicas de base. Neste relato de caso, apresentamos um paciente de 38 anos, portador de fibrilação atrial crônica e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. **METODOLOGIA:** O estudo em questão trata-se de um relato de caso, em que um paciente internado por acidente vascular cerebral descobriu apresentar insuficiência cardíaca devido a longos períodos de exposição à fibrilação atrial. Os dados analisados foram extraídos de um único prontuário eletrônico do hospital em que o paciente ficou internado. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Apresentamos paciente V.A.F., de 38 anos, do sexo masculino, portador de dislipidemia e arritmia cardíaca. Foi admitido em pronto socorro de hospital privado de São Paulo apresentando sintomas de disartria. Em traçado eletrocardiográfico de admissão foi evidenciado ritmo de fibrilação atrial. Em ecocardiograma realizado durante internação evidenciou uma fração de ejeção de 33%. Foram realizados exames para descartar causas coronarianas e estruturais que explicassem a fração de ejeção reduzida, entretanto todos os exames vieram negativos, atribuindo assim, a fibrilação atrial crônica responsável pela diminuição da fração de ejeção. O paciente foi submetido a ablação que restaurou ritmo sinusal e fez com que tivesse melhora da função cardíaca, além de começar a ser tratado para insuficiência cardíaca. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O caso relatado mostra as consequências do diagnóstico tardio de uma taquicardiomiopatia. Sabe-se pela literatura que diagnóstico é bastante desafiador para essa doença, visto que requer alta suspeita clínica e exige exclusão de muitos diagnósticos diferenciais. O seu tratamento tem bom prognóstico quando feito precocemente, uma vez que pode evitar o desenvolvimento de insuficiência cardíaca. **CONCLUSÃO:** A taquicardiomiopatia é uma doença pouco estudada por se tratar de uma entidade rara, mas também porque, para a realização de seu diagnóstico, é necessária alta suspeita clínica, além da exclusão de diversos diagnósticos diferenciais.

Palavras-chave: Miocardiopatia. Taquicardiomiopatia. Insuficiência cardíaca.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cardiomyopathies are diseases that affect the heart muscle, the myocardium. A little-studied etiology of cardiomyopathy is cardiomyopathy caused by tachycardia, also known as tachycardiomyopathy. A heart exposed to tachycardia for a long time may present systolic and diastolic ventricular dysfunction, even without other underlying cardiac diseases. In this case report, we present a 38-year-old patient with chronic atrial fibrillation and heart failure with reduced ejection fraction. **METHODOLOGY:** The study in question is a case report, in which a patient admitted for stroke discovered heart failure due to long periods of exposure to atrial fibrillation. The data analyzed were extracted from a single electronic medical record of the hospital where the patient was admitted.

CASE DESCRIPTION: We present patient V.A.F., 38 years old, male, with dyslipidemia and cardiac arrhythmia. He was admitted to the emergency room of a private hospital in São Paulo with symptoms of dysarthria. The electrocardiographic tracing showed atrial fibrillation rhythm. An echocardiogram performed during hospitalization showed an ejection fraction of 33%. Tests were performed to rule out coronary and structural causes that could explain the reduced ejection fraction, but all tests came back negative, thus attributing chronic atrial fibrillation responsible for the reduced ejection fraction. The patient underwent ablation that restored sinus rhythm and improved cardiac function.

RESULTS AND DISCUSSION: The case reported shows the consequences of the late diagnosis of tachycardiomyopathy. It is known from the literature that the diagnosis is quite challenging for this disease, since it requires high clinical suspicion and requires exclusion of many differential diagnoses. Its prognosis is good when treated early, since it can prevent the development of heart failure.

CONCLUSION: Tachycardiomyopathy is a disease that has been studied little due to its rare nature, but also because, to make a diagnosis, a high level of clinical suspicion is necessary, in addition to the exclusion of several differential diagnoses.

Keywords: Cardiomyopathy. Tachycardiomyopathy. Heart failure.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. METODOLOGIA	12
3. RELATO DE CASO	13
4. DISCUSSÃO	19
5. CONCLUSÃO	21
6. REFERÊNCIAS	22

**RELATO DE CASO: CONSEQUÊNCIAS DO DIAGNÓSTICO TARDIO DE
UMA TAQUICARDIOMIOPATIA, EM HOSPITAL PROVADO DE SÃO PAULO,
BRASIL**

**CASE REPORT: CONSEQUENCES OF LATE DIAGNOSIS OF
TACHYCARDIOMYOPATHY IN A PRIVATE HOSPITAL IN SÃO PAULO,
BRAZIL**

WELIKOW, Felipe¹

MALHEIROS, Arthur²

GUN, Carlos³

RESUMO

As cardiomiopatias são doenças do músculo cardíaco. Uma etiologia é a miocardiopatia induzida por taquicardia, a taquicardiomiopatia. Apresentamos um paciente, de 38 anos, do sexo masculino, e arritmia cardíaca, que foi admitido em pronto socorro de hospital privado de São Paulo apresentando sintomas de disartria. Em traçado eletrocardiográfico foi evidenciado ritmo de fibrilação atrial. Em ecocardiograma realizado durante internação mostrou fração de ejeção de 33%. O paciente foi submetido a ablação, que restaurou ritmo sinusal, e iniciado o tratamento medicamentoso para insuficiência cardíaca, isso fez com que tivesse melhora da função cardíaca. O relato ainda demonstra que se as medidas terapêuticas são instituídas precocemente, o prognóstico é favorável.

Palavras-chave: Miocardiopatia. Taquicardiomiopatia. Insuficiência cardíaca.

ABSTRACT

Cardiomyopathies are diseases of the heart muscle. One etiology is tachycardia-induced cardiomyopathy, tachycardiomyopathy. We present a patient 38-year-old male with and cardiac arrhythmia who was admitted to the emergency room of a private hospital in São Paulo with symptoms of dysarthria. The electrocardiographic tracing showed an atrial fibrillation rhythm. An echocardiogram performed during hospitalization showed an ejection fraction of 33%. The patient underwent ablation, which restored sinus rhythm, and began drug treatment for heart failure, which improved cardiac function. The report also demonstrates that when therapeutic measures are instituted early, the prognosis is favorable.

Keywords: Cardiomyopathy. Tachycardiomyopathy. Heart failure

¹ Graduando em Medicina da Universidade Santo Amaro. fewelikow@gmail.com

² Graduando em Medicina da Universidade Santo Amaro. arthurviilar@hotmail.com

³ Professor Orientador. Titulação, Universidade Santo Amaro -SP – cgun@uol.com.br

1. INTRODUÇÃO

As cardiomiopatias são doenças que afetam o músculo cardíaco, o miocárdio. Esse grande grupo de enfermidades apresenta muitas repercussões na área da saúde, uma vez que muitas doenças de base culminam em algum grau de cardiomiopatia. Segundo a American Heart Association, as cardiomiopatias são definidas como um grupo heterogêneo de doenças do miocárdio, as quais são acompanhadas de disfunção mecânica (podem apresentar distúrbios elétricos também), geralmente hipertrofia ou dilatação ventricular¹.

A miocardiopatia dilatada é caracterizada pela dilatação das cavidades cardíacas, especialmente do ventrículo esquerdo, levando a uma redução da capacidade de bombeamento do coração. Isso pode resultar em sintomas como falta de ar, fadiga, edema e, em casos mais graves, Insuficiência Cardíaca (IC). As causas podem variar, incluindo predisposição genética, infecções virais, exposição a toxinas ou álcool, entre outros fatores. Por outro lado, a miocardiopatia hipertrófica é caracterizada pelo aumento anormal da espessura do músculo cardíaco, acometendo na maioria das vezes o ventrículo esquerdo, o que acarreta a diminuição do diâmetro intracavitário. Isso pode levar a uma série de complicações, incluindo obstrução do fluxo de saída do ventrículo esquerdo, arritmias cardíacas e risco aumentado de morte súbita, especialmente em casos de hipertrofia septal assimétrica¹⁻².

Muitas enfermidades resultam em miocardiopatias; entretanto, existem algumas etiologias de miocardiopatias pouco estudadas, como é o caso da miocardiopatia induzida por taquicardia, ou também conhecida como a taquicardiomiopatia. Um coração exposto por muito tempo à taquicardia pode apresentar disfunção ventricular sistólica e diastólica, mesmo sem outras doenças cardiológicas de base – essa condição é chamada de taquicardiomiopatia. Na literatura, a forma mais comum de taquicardiomiopatia são aquelas causadas por taquicardia sinusal; no entanto, já é sabido que quase todas as arritmias podem ocasionar miocardiopatia induzidas por taquicardia. Uma característica muito importante dessa doença é o fato de que o tempo de

duração da arritmia é um fator mais crítico do que a frequência cardíaca da arritmia⁵.

A fisiopatologia dessa doença atualmente não está totalmente esclarecida, porém é sabido que, quando se expõe o coração a longos períodos de arritmias, podem ocorrer mudanças estruturais no miocárdio que culminam na dilatação das câmaras cardíacas e na queda do débito cardíaco. Em razão dessas consequências, o enfermo acaba desenvolvendo um quadro com sintomas de insuficiência cardíaca, que tende a melhorar, conforme a restauração do ritmo sinusal⁵.

O diagnóstico de taquicardiomiopatia pode ser feito quando algumas características clínicas são observadas no paciente em questão: miocardiopatia dilatada ou insuficiência cardíaca; arritmia cardíaca crônica ou persistente, taquicardia supraventricular, fibrilação auricular ou flutter e taquicardias ventriculares. Então, para a realização do seu diagnóstico, é preciso existir uma suspeita clínica evidente, sendo necessária a exclusão de causas mais comuns de insuficiência cardíaca⁴.

O tratamento da taquicardiomiopatia tem um bom prognóstico, uma vez que, quando feito corretamente, pode evitar o desenvolvimento de insuficiência cardíaca⁴. A terapêutica consiste em controlar a arritmia de base e tratar a insuficiência cardíaca. Na maior parte dos casos de cardiomiopatia induzida por taquicardias, o quadro clínico melhora de três (3) a seis (6) meses após o estabelecimento do ritmo sinusal no coração. Entretanto, mesmo após instaurado o ritmo sinusal, é possível observar algumas alterações sutis na função ventricular, como a dilatação do ventrículo esquerdo. Quando não tratada adequadamente, ou em casos já avançados da doença, podem ocorrer algumas complicações. As mais frequentes são a insuficiência cardíaca congestiva, as complicações embólicas por motivo de fibrilação atrial e a evolução da gravidade da arritmia, por exemplo, taquicardia ventricular e fibrilação ventricular⁵.

Neste relato de caso, apresentamos um paciente de 38 anos, portador de fibrilação atrial crônica e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.

2. METODOLOGIA

O estudo em questão trata-se de um relato de caso, em que um paciente internado por acidente vascular cerebral descobriu apresentar insuficiência cardíaca devido a longos períodos de exposição à fibrilação atrial. Os dados analisados foram extraídos de um único prontuário eletrônico do hospital SEPACO, onde o paciente ficou internado.

3. RELATO DE CASO

3.1 Apresentação do caso

Apresentamos o caso de um paciente, V.A.F., de 38 anos, do sexo masculino, que foi admitido no pronto-socorro em 29 de abril de 2021, apresentando sintomas de disartria iniciada há 40 minutos, associada a formigamento em membro superior esquerdo. No eletrocardiograma (ECG) de admissão do pronto-socorro, o traçado revelou ritmo de Fibrilação Atrial (FA).

Após avaliação inicial e exame físico, o paciente foi classificado com base no National Institutes of Health Stroke Scale, como NIHSS 3. Diante desse quadro clínico, foi solicitada uma Tomografia Computadorizada de crânio (TC de crânio) para melhor investigação do quadro e tomada de conduta mais assertivas.

O paciente apresentava histórico médico de dislipidemia e arritmia cardíaca. Na consulta inicial do pronto-socorro, ele informou que tinha conhecimento de ser portador de FA há mais de dez (10) anos, tendo iniciado tratamento com uso de Amiodarona – entretanto, suspendeu o medicamento por conta própria.

3.2 Investigação e achados clínicos

Em TC de crânio realizada na admissão, em 29 de abril de 2021, os achados foram: sistema ventricular de morfologia normal e de dimensões preservadas, com cisternas encefálicas e sulcos corticais de amplitude dentro dos limites normais, parênquima encefálico com coeficientes de atenuação preservados, sem desvio das estruturas medianas, e não foram evidenciados sinais de hemorragia aguda nos cortes obtidos. Com essas características, a tomografia de crânio foi descrita como dentro dos limites da normalidade e sem sinais hemorrágicos.

Com o resultado da TC de crânio, a suspeita era de um quadro de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico de etiologia cardioembólica. A equipe do pronto-socorro optou pela internação do paciente para a realização de

trombólise. Em UTI, iniciou-se trombólise venosa com Alteplase. Após o término da trombólise, o paciente apresentou mal-estar, com náuseas e hipotensão; contudo, esses sintomas foram revertidos com soro fisiológico e Zofran. Em exame físico após a trombólise, o paciente apresentou fala e linguagem preservadas, sem sinais de assimetria de face, força grau V globalmente, e classificado como NIHSS 0. Adicionalmente, foi solicitada a realização de Ecocardiograma Transtorácico (ECOTT), holter e avaliação da FA pela equipe de cardiologia.

No dia seguinte, durante avaliação do neurologista, o paciente apresentava-se em estado de vigília, mantendo sinais vitais adequados, sem novos déficits, e classificado como NIHSS 0. Foi solicitada Ressonância Magnética de crânio (RM de crânio) e estudo dos vasos cervicais. Na RM de crânio, foi evidenciado um pequeno foco de alto sinal na difusão, sem correspondência no mapa de ADC junto à convexidade do giro pré-central à direita; entretanto, o restante do parênquima encefálico tinha morfologia e sinal de ressonância magnética preservados, e não foram evidenciadas áreas de realces anômalos após a injeção endovenosa de contraste. A Angiorressonância Magnética (AngioRM) dos vasos cervicais demonstrou arco aórtico, bulbos carotídeos, emergências das artérias carótidas internas preservados, além de assimetria das artérias vertebrais, sendo dominante a direita, e persistência do padrão fetal da artéria cerebral posterior direita.

Em ECOTT solicitado anteriormente, o ritmo cardíaco durante a realização do exame foi irregular. Foi evidenciada uma fração de ejeção (FEVE) de 33% – aorta, tanto em sua raiz quanto em sua porção ascendente, estava com dimensões preservadas –, Átrio Esquerdo (AE) com aumento importante, Ventrículo Esquerdo (VE) de proporções normais, espessura de massa miocárdica normais, disfunção sistólica do VE de grau moderado a importante, em razão de hipocinesia difusa. Quanto às câmaras direitas, todas se apresentaram de dimensões normais e sem indícios de aumento de pressão pulmonar. Todas as valvas apresentaram morfologia normal e sem sinais de estenose; no entanto, a valva mitral e a tricúspide apresentaram mínimo de refluxo ao Doppler. O pericárdio estava com espessura normal e sem sinais de derrame.

A equipe de neurologia, por motivo de estabilidade neurológica e de imagem evidenciadas pela RM de crânio e pela AngioRM de vasos cervicais e intracranianos, iniciou AAS 100 mg/dia, Atorvastatina 40 mg/dia e Enoxaparina 40 mg/dia.

3.3 Diagnóstico

No dia 1o de maio de 2021, V.A.F. foi avaliado pela equipe de cardiologia por sua fibrilação atrial crônica e sua Insuficiência Cardíaca (IC) de fração de ejeção reduzida evidenciada no ECOTT. Como conduta no dia, foi solicitada avaliação da FA pela equipe da eletrofisiologia e foi agendado um cateterismo cardíaco (CATE) para buscar possíveis causas vasculares, com o objetivo de explicar a sua redução de fração de ejeção.

Em cateterismo cardíaco realizado, não foi evidenciado nenhum tipo de obstrução nas coronárias do paciente. A equipe da eletrofisiologia deu seu parecer sobre o caso e constatou que o paciente apresentava indicação de ablação de FA em momento oportuno e em nível ambulatorial. Descartadas as causas vasculares pelo CATE, para explicar a fração de ejeção reduzida, a equipe de cardiologia solicitou Ressonância Magnética do coração (RM do coração), a fim de avaliar anatomicamente o coração e buscar possíveis causas estruturais para explicar a FEVE reduzida. O paciente realizou a RM do coração, e o exame demonstrou algumas alterações: aumento moderado do átrio direito, ventrículo direito de dimensões preservadas, mas com disfunção sistólica de grau discreto, aumento moderado do átrio esquerdo, ventrículo esquerdo com hipocinesia difusa e disfunção diastólica de grau moderado. O pericárdio apresentou-se com espessura preservada e não houve presença de realce tardio do miocárdio no exame.

O resultado do holter solicitado no dia da internação mostrou um ritmo de base de FA com frequência cardíaca média de 82 bpm, com condução intraventricular sem alterações, além de algumas extrassístoles raras e isoladas. Em 5 de maio de 2021, a equipe de cardiologia confirmou o diagnóstico de taquicardiomiopatia para V.A.F., visto que causas vasculares e causas

anatômicas foram descartadas para explicar a fração de ejeção diminuída do paciente.

3.4 Evolução e tratamento

Finalmente, no dia 5 de maio de 2021, o paciente recebeu alta hospitalar, com algumas medicações de uso domiciliar para tratamento de sua insuficiência cardíaca e controle da FA. Foi prescrito para V.A.F. Apixabana 5 mg de 12/12 horas; Bisoprolol 2,5 mg 1 vez ao dia; Amiodarona 100 mg de 8/8 horas; Entresto 24 mg +26 mg de 12/12 horas; e Atorvastatina 10 mg 1 vez ao dia. O paciente também foi encaminhado para o ambulatório de eletrofisiologia, pela necessidade de ablação da FA.

Agora em nível ambulatorial, V.A.F. foi submetido à ablação da fibrilação atrial pela equipe de eletrofisiologia. Foi realizado o isolamento circunferencial dos antros das veias pulmonares bilateralmente com sucesso e sem intercorrências. Para avaliar o sucesso da ablação da FA e as possíveis complicações do procedimento, foi solicitado um ecocardiograma transtorácico. O ECOTT evidenciou uma fração de ejeção de 54%, aorta, tanto em sua raiz quanto em sua porção ascendente, com dimensões preservadas, AE com aumento discreto, e VE com função sistólica no limite inferior da normalidade. Quanto às câmaras direitas, todas se apresentaram de dimensões normais e sem indícios de aumento de pressão pulmonar. Todas as valvas apresentaram morfologia normal, sem sinais de estenose; entretanto, a valva mitral e a tricúspide apresentaram mínimo de refluxo ao Doppler. O pericárdio estava com espessura normal, com mínimo derrame posterior (lâmina de 3 mm). Nota-se que, em razão das medicações usadas por V.A.F. para a manutenção de seu quadro de insuficiência cardíaca, ocorreu uma melhora da fração de ejeção, que antes era de 33% que agora havia passado para 54%.

O paciente, após a ablação, recebeu orientações de retornar ao ambulatório após dois (2) meses com novo holter, para verificar se ainda havia períodos com ocorrência de arritmia. O exame foi realizado sob uso de Amiodarona e Bisoprolol. No holter, o paciente manteve ritmo de base sinusal,

com frequência cardíaca média de 70 bpm, condução atrioventricular sem alterações, condução interventricular sem alterações, com algumas extrassístoles supraventriculares e ventriculares raras e isoladas – a repolarização manteve-se sem alterações.

Nesse momento, com o resultado do holter realizado, a equipe de eletrofisiologia suspendeu a Amiodarona e agendou retorno em três (3) meses, com novo holter. Neste novo holter, o paciente, apenas sob uso de Bisoprolol, apresentou ritmo de base sinusal com frequência cardíaca média de 76 bpm, com condução atrioventricular sem alterações, condução interventricular sem alterações, com uma única extrassístole supraventricular, sem extrassístoles ventriculares, e repolarização mantida sem alterações. Novamente, foi marcado um retorno em 6 (seis) meses, com novo holter, e agora com Bisoprolol suspenso pela equipe médica.

Em novo holter realizado, com paciente sem uso de Amiodarona e Bisoprolol, foi evidenciado o ritmo de base de fibrilação atrial com frequência cardíaca média de 105 bpm e pausas de 2,0 segundos, secundárias a alentecimento da condução atrioventricular. Diante desse quadro, a equipe de eletrofisiologia introduziu novamente o Bisoprolol e solicitou uma nova ablação da FA.

Em nova ablação, foi realizado mapeamento eletroantômico do átrio esquerdo, em que foram identificadas reconexões de veias pulmonares direitas e de região anterior de veia pulmonar inferior esquerda. Foi feito o isolamento circunferencial dos antros das veias pulmonares, com aplicações adicionais em carina direita. O reisolamento de veias pulmonares foi realizado com sucesso. O paciente, então, foi orientado a retornar ao ambulatório em dois (2) meses, com holter, para avaliar o sucesso da nova ablação. Neste novo holter, o paciente apresentou ritmo de base sinusal, com condução atrioventricular sem alterações, condução interventricular sem alterações, algumas extrassístoles supraventriculares raras e isoladas, sem extrassístoles ventriculares e repolarização sem alterações.

Em consultas posteriores com a equipe de eletrofisiologia, o paciente encontrava-se assintomático, controlado de sua insuficiência cardíaca, em ritmo sinusal e com fração de ejeção normal.

4. DISCUSSÃO

As miocardiopatias induzidas por taquiarritmias, também conhecidas como taquicardiomiopatias, ocorrem quando um indivíduo é submetido durante longos períodos a arritmias de altas frequências. Trata-se de uma entidade rara e de difícil diagnóstico, que, se não diagnosticada precocemente, pode evoluir de forma desfavorável, uma vez que pode ocasionar algum tipo de disfunção sistólica dos ventrículos.

No presente caso, o paciente apresentava uma fibrilação atrial crônica, que apresentou um acidente vascular encefálico como consequência dessa arritmia, e que, durante sua internação, por meio de um ecocardiograma transtorácico, descobriu-se uma fração de ejeção de 33%. Na literatura, já está bem esclarecida a relação da fibrilação atrial com a ocorrência de insuficiência cardíaca nos pacientes, em razão de sua capacidade de remodelamento do músculo cardíaco.

O diagnóstico é bastante desafiador para essa doença, já que requer alta suspeita clínica e exige exclusão de muitos diagnósticos diferenciais. Algumas características clínicas que geram a suspeita de um possível quadro de taquicardiomiopatia podem ser: miocardiopatia dilatada ou insuficiência cardíaca, arritmia cardíaca crônica ou persistente, taquicardia supraventricular, fibrilação auricular ou flutter e taquicardias ventriculares. O paciente em questão apresentava fibrilação atrial crônica não controlada e, por uma complicação cardioembólica, foi internado. Durante sua internação, um ecocardiograma transtorácico evidenciou disfunção sistólica do VE e queda da fração de ejeção. Também no caso descrito, foi necessária a realização de exames, como cateterismo cardíaco e ressonância magnética do coração, para descartar outras possíveis causas que explicassem a queda da fração de ejeção.

Como se sabe, o tratamento da taquicardiomiopatia tem bom prognóstico, quando feito precocemente, uma vez que pode evitar o desenvolvimento de insuficiência cardíaca. O tratamento consiste em controlar a arritmia de base e tratar a insuficiência cardíaca. No paciente em análise, o plano terapêutico compreendeu o uso de Entresto e Bisoprolol para controle do quadro de IC e ablação da fibrilação atrial, com o objetivo de prevenir descompensações

cardíacas por parte da IC, assim como complicações cardioembólicas por parte da arritmia.

Em consultas posteriores com a equipe de eletrofisiologia, o paciente encontrava-se assintomático, controlado de sua insuficiência cardíaca, em ritmo sinusal e com fração de ejeção normal.

5. CONCLUSÃO

As taquicardiomiopatias, em casos mais avançados, evoluem para quadros de insuficiência cardíaca, uma vez que, na presença de taquiarritmias persistentes e recorrentes, ocorrem modificações estruturais no miocárdio que, posteriormente, culminam na dilatação das câmaras cardíacas e na queda do débito cardíaco. Portanto, quando as medidas terapêuticas são instituídas precocemente, o prognóstico é favorável.

Conclui-se também que se trata de uma doença pouco estudada, por se tratar de uma entidade rara, mas também porque, para a realização de seu diagnóstico, é necessária alta suspeita clínica, além da exclusão de diversos diagnósticos diferenciais.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Braunwald E, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P et al. Braunwald tratado de doenças cardiovasculares. Rio de Janeiro: Saunders, 2013.
2. Malheiro J, Almeida J, Caeiro D, Dias A, Fonseca M, Gama V. Tachycardiomyopathy and Extracorporeal Membrane Oxygenation: A Case Report. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 2017.
3. Calò L, De Ruvo E, Sette A, Sciarra L, Scioli R, Sebastiani F, et al. Tachycardia-induced cardiomyopathy: mechanisms of heart failure and clinical implications. *Journal of Cardiovascular Medicine*. 2007;Mar8(3):138-43.
4. Peixoto Girard B, Darling S, Piech F, Ferro C. Taquicardiomiopatia secundário à flutter atrial: um relato de caso. *Brazilian Journal of Health Review*. 2023 Aug 31; 6(4):19349-55.
5. Abouchedid I, et al. Abouchedid et al. Taquicardiomiopatia Relato de Caso a Importância do Diagnóstico Precoce e Tratamento da Taquicardiomiopatia. 2010.