



CASO CLÍNICO

Estenose aórtica grave: associações esquecidas



Ana Rita Godinho^{a,*}, Sandra Amorim^a, Manuel Campelo^a, Elisabete Martins^a,
Elisa Lopez Rodriguez^b, Rosa Coelho^c, Guilherme Macedo^c, Maria Júlia Maciel^a

^a Serviço de Cardiologia, Hospital de São João, Porto, Portugal

^b Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital de São João, Porto, Portugal

^c Serviço de Gastroenterologia, Hospital de São João, Porto, Portugal

Recebido a 23 de janeiro de 2014; aceite a 2 de fevereiro de 2014

Disponível na Internet a 18 de setembro de 2014

PALAVRAS-CHAVE

Estenose aórtica grave;
Hemorragia gastrointestinal;
Angiodisplasias;
Síndrome de Heyde;
Hipertensão pulmonar

KEYWORDS

Severe aortic stenosis;
Gastrointestinal bleeding;
Angiodysplasia;
Heyde syndrome;
Pulmonary hypertension

Resumo Os autores apresentam um caso clínico de um homem de 68 anos com clínica de insuficiência cardíaca predominantemente direita, no contexto de estenose aórtica grave associada a hipertensão pulmonar. Concomitantemente, foi diagnosticada anemia que, após estudo endoscópico, se concluiu ser secundária a angiodisplasias intestinais, tendo sido feito o diagnóstico de síndrome de Heyde.

Após cirurgia de substituição valvular houve resolução do quadro, com melhoria dos sintomas de insuficiência cardíaca prévia e estabilização dos valores de hemoglobina.

Com este caso pretende-se mostrar a necessidade do conhecimento de associações menos frequentes na estenose aórtica grave para uma atuação terapêutica imediata e adequada.

© 2014 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

Severe aortic stenosis: Forgotten associations

Abstract The authors present the case of a 68-year-old man with predominantly right heart failure in the context of severe aortic stenosis associated with pulmonary hypertension. Anemia was diagnosed which, after endoscopic study, was considered to be secondary to angiodysplasia and a diagnosis of Heyde syndrome was made.

After valve replacement surgery the patient's heart failure improved and hemoglobin levels stabilized.

We present this case to show the need to recognize less common associations of severe aortic stenosis, in order to provide immediate and appropriate treatment.

© 2014 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: rita_biscaia_godinho@hotmail.com (A.R. Godinho).

Caso clínico

Homem de 68 anos, que apresentava como fatores de risco cardiovascular diabetes *mellitus* tipo 2 (medicado com metformina e vidagliptina) e dislipidemia (medicado com estatina e fenofibrato). Além disso, tinha hábitos etílicos prévios (100 g/dia) e história de anemia ferropénica (Hb=10 g/dL) desde há um ano, tendo realizado estudo endoscópico que mostrou gastropatia atrófica do antro.

Iniciou quadro de cansaço, dispneia para médios e pequenos esforços, aumento do volume abdominal, edemas dos membros inferiores e caquexia em março de 2013, tendo sido medicado com furosemida e ivabradina. Foi avaliado em consulta de cardiologia quatro meses após o início das queixas. Estava em classe III da *New York Heart Association* (NYHA); no exame físico objetivou-se emagrecimento marcado com turgescência venosa jugular; na auscultação pulmonar apresentava crepitações bibasais e na auscultação cardíaca ouvia-se S1 e S2 rítmicos com sopro protomesostólico aórtico grau III/VI, com irradiação carotídea; hepatomegalia palpável cerca de 4 cm abaixo do rebordo costal; ascite de médio volume e edemas dos membros inferiores até ao joelho. O eletrocardiograma mostrava ritmo sinusal e bloqueio completo de ramo direito. Na telerradiografia do tórax era evidente cardiomegalia com dilatação da aurícula direita e reforço hilar bilateral. Analiticamente destacava-se a existência de anemia (Hb=9,9 g/dL). O ecocardiograma mostrou dilatação biauricular e do ventrículo direito (VD) (Figura 1), com hipertrofia ligeira do septo interventricular; válvula aórtica espessada e calcificada, com limitação significativa da amplitude de abertura (Figura 2); gradiente ventrículo esquerdo (VE)/aorta (Ao) máximo de 55 mmHg, médio de 33 mmHg, área funcional (AF) aórtica de 0,8 cm² (0,39 cm²/m²); insuficiência tricúspide ligeira a moderada (Figura 3) com pressão sistólica da artéria pulmonar de 51 mmHg; função sistólica do VE ligeira a moderadamente deprimida; retinização sisto-diastólica do septo interventricular; função sistólica do VD comprometida. Para esclarecimento dos sinais de hipertensão pulmonar (HTP) em doente com estenose aórtica (EA) grave isolada, foi realizada espirometria que foi normal; a tomografia computadorizada pulmonar mostrou ausência de sinais de tromboembolismo pulmonar (TEP) e de outras alterações do parênquima pulmonar e cintigrafia

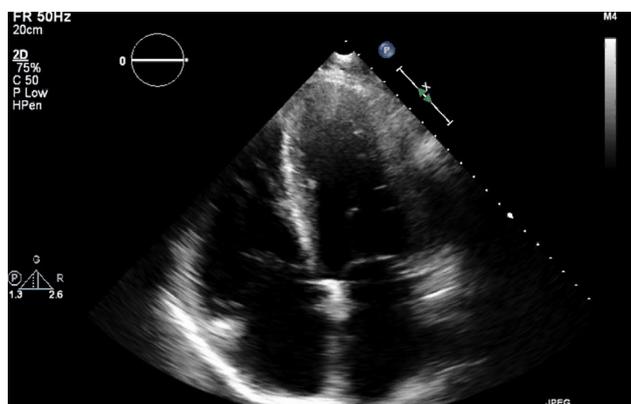


Figura 1 (apical quatro câmaras) Evidência de dilatação biauricular e do ventrículo direito.

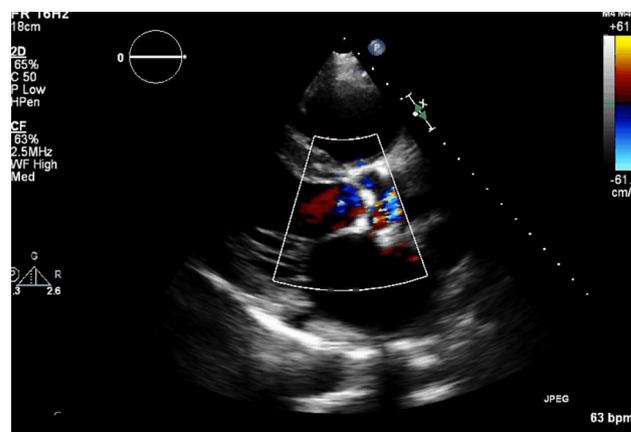


Figura 2 (paraesternal eixo longo) Válvula aórtica espessada e calcificada, com limitação importante da amplitude de abertura.

de ventilação perfusão que mostrou baixa probabilidade de TEP. A ecografia abdominal revelou ascite de médio volume; hepatomegalia (19,2 cm); moderada esplenomegalia homogénea (14,7 cm) sem sinais de cirrose ou hipertensão portal. Foi reforçada a terapêutica diurética e o doente foi proposto para cirurgia de substituição valvular aórtica.

Por manutenção da clínica de insuficiência cardíaca (IC), o doente foi internado três semanas após a avaliação inicial. Houve progressiva melhoria com a terapêutica diurética endovenosa instituída. Analiticamente destacou-se: Hb=8,6 g/dL, estudo de cinética do ferro normal, doseamento de vitamina B12 e ácido fólico normais; tempo de tromboplastina parcial ativada, tempo de protrombina e fibrinogénio normais. O estudo da função plaquetária mostrou um aumento do tempo de agregação plaquetária e o doseamento do antígeno do fator de Von Willebrand (FVw) e cofator RCO do FVw foram normais. Realizou cateterismo cardíaco que mostrou VD com pressão telediastólica de 27 mmHg, pressão capilar pulmonar de 27 mmHg; pressão sistólica da artéria pulmonar de 65 mmHg; foram excluídos *shunts* intracavitários por oximetria. A coronariografia mostrou doença coronária angiograficamente não significativa.



Figura 3 Insuficiência tricúspide ligeira a moderada.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1126049>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1126049>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)