

CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA APICAL: UM RELATO DE CASO

RAGNINI, G.¹; OLIVEIRA, B.²; LENHARDT, L. H.²; BIFFI, M.³

¹ Graduando curso de Medicina da Universidade do Oeste Catarinense, Joaçaba - SC.

² Graduando curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo- RS.

³ Docente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo- RS.

Introdução: A cardiomiopatia hipertrófica é uma doença caracterizada pela presença de hipertrofia ventricular esquerda sem que haja uma doença associada que explique a magnitude dessa alteração. As manifestações principais envolvem dor torácica, dispneia e palpitações, além de síncope. É classificada segundo a localização da hipertrofia, sendo a apical, correspondente a 3-8% dos casos e a septal a 90% (CANESIN; BARRETO, 1998). **Objetivo:** Detalhar um relato de caso incomum de cardiomiopatia hipertrófica apical. **Resultados:** Paciente masculino, 39 anos de idade, natural de Porto Alegre, referiu dor torácica com início há cinco anos, inicialmente aos médios esforços, com piora progressiva, associado a palpitações esporádicas, com ausência de síncope. Nega comorbidades e histórico familiar de doenças cardiovasculares e de morte súbita. Ao exame apresentou-se com ritmo cardíaco regular em três tempos com presença de quarta bulha, pressão arterial de 110x80 mmHg e frequência cardíaca de 67 bpm. Ao eletrocardiograma evidenciaram-se alterações da repolarização ventricular com onda T invertida e amplitude superior a 12 mm, além de critérios para hipertrofia ventricular esquerda. Ao ecocardiograma transtorácico foram evidenciados diâmetros cavitários preservados, ventrículo esquerdo (VE) com fração de ejeção de 76% e espessura parietal aumentada nas porções apicais. Em razão dos achados dos exames realizados, solicitou-se cintilografia miocárdica de repouso e esforço, que foi interrompida por dor precordial típica, evidenciando hipertrofia ventricular esquerda predominante na região apical. Para confirmação diagnóstica de cardiomiopatia hipertrófica foi solicitada ressonância magnética cardíaca, que evidenciou importante hipertrofia do VE com predomínio do segmento apical, com maior espessura parietal de 26 mm e realce tardio, mostrando exuberante captação tardia, confirmando a hipótese diagnóstica. **Discussão:** A cardiomiopatia hipertrófica é considerada doença primária de caráter genético autossômico dominante, com maior acometimento ventricular de características desproporcionais (NISHIMURA et al., 1996). O VE é o mais acometido (WYNNE; BRAUNWALD, 1997). É classificada segundo a localização: septal, apical, medioventricular, concêntrico e lateral. Do ponto de vista hemodinâmico, é dividida em obstrutiva e não obstrutiva - a qual engloba a variedade apical que cursa com 8% dos casos, aproximadamente (WIGLE et al., 1985). O quadro clínico pode ser desde assintomático até dor precordial, arritmias, fibrilação atrial e síncope (ARTEAGA; MADY, 1996). Ao exame físico pode-se observar a quarta bulha, duplo impulso sistólico da ponta e frêmito sistólico na ponta ou borda esternal esquerda; à ausculta, a segunda bulha poderá apresentar desdobramento paradoxal, sopro sistólico do tipo ejetivo que se inicia após primeira bulha, além de sinais de hepatomegalia e edema de membros inferiores, raramente (SAKAMOTO; MURAYAMA, 1976). Os métodos diagnósticos utilizados são amplos, podendo-se realizar eletrocardiograma, raio x de tórax, ecocardiograma (método mais empregado), cintilografia e biópsia. Como abordagem terapêutica, pode-se optar por tratamento clínico, cirúrgico ou transplante,

dependendo da escolha do paciente ou do grau de comprometimento cardíaco (ALBANESI et al., 1997). **Conclusão:** A cardiopatia hipertrófica apical é uma patologia relativamente rara, cursando com quadros clínicos diversos e necessitando atenção para diagnóstico precoce, favorecendo um declínio das complicações.

Palavras-chave: Cardiomiopatia hipertrófica. Apical. Cintilografia.

REFERÊNCIAS

ALBANESI FILHO, F. M. et al. Cardiomiopatia hipertrófica apical acometendo o ventrículo direito. *Arq Bras Cardiol.*, v. 68, p. 119-124, 1997.

ARTEAGA, E.; MADY, C. Cardiomiopatia hipertrófica: características clínicas, métodos diagnósticos e história natural. *Arq Bras Cardiol.*, v. 66, p. 115-117, 1996.

CANESIN, M. F.; BARRETTO, A. C. P. Miocardites e Cardiomiopatias. In: PORTO, C. C. **Doenças do coração prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005. p. 789-855.

CORRADO, D. et al. Screening for hypertrophic cardiomyopathy in young athletes. *N Engl J Med.*, v. 339, i. 6, p. 364-469, 1998.

NISHIMURA, R. A. et al. Hypertrophic cardiomyopathy In: GIULIANI, E. R. et al (Ed.). *Mayo Clinic Practice of Cardiology*. 3. ed. Missouri: Mosby-Year Book Inc., 1996. p. 689-711.

SAKAMOTO, T. et al. Giant T wave inversion as manifestation of asymmetrical hypertrophy of the left ventricle. *Jpn Heart J.*, v. 17, p. 611-629, 1976.

WIGLE, E. D. et al. Hypertrophic cardiomyopathy. The importance of the site and extent of hypertrophy. *A Review Prog Cardiovasc Dis.*, v. 28, p. 1-83, 1985.

WYNNE, J.; BRAUNWALD, E. The cardiomyopathies and myocarditides - hypertrophic cardiomyopathy. In: BRAUNWALD, E. (Ed.). **Heart Disease - A Textbook of Cardiovascular Medicine**. 5. ed. Philadelphia: WB Saunders, 1997. p. 1414-1426.