

Bloqueio de Gânglio estrelado para tratamento de tempestade elétrica em paciente com cardiomiopatia chagásica: um relato de caso.

Palavras-chave: Tempestade Elétrica. Cardiomiopatia Chagásica. Bloqueio Gânglio Estrelado

Introdução: A cardiomiopatia chagásica é a forma clínica mais frequente e importante da doença de chagas, chegando a acometer cerca de 30-40% dos pacientes, sendo a maior causa de mortalidade desse grupo (1). As Arritmias cardíacas são comuns em pacientes com cardiomiopatia chagásica e a complicação mais temida é a tempestade elétrica, que se refere a um estado de instabilidade elétrica cardíaca caracterizado por múltiplos episódios de taquicardia ventricular (2). O bloqueio do gânglio estrelado é realizado por meio de infusão de anestésicos locais sendo aventado como uma importante terapia adjuvante no tratamento das tempestades elétricas (3).

Relato: Paciente masculino, 79 anos, acompanhado em serviço de cardiologia devido cardiomiopatia chagásica com FEVE XX% apresentou episódio de Taquicardia Ventricular (TV) instável que foi cardiovertida com sucesso e posteriormente foi realizado implante de cardiodesfibrilador implantável (CDI) com a indicação de profilaxia secundária. Três meses após, paciente procura o serviço com queixa de múltiplas terapias de choques aplicados pelo CDI (14 episódios). Avaliação eletrônica do CDI confirmou terapia apropriada (mais de 20 episódios de Taquicardia Ventricular). De imediato, foi iniciada infusão de amiodarona intravenosa associado a propranolol 160mg/dia e, devido refratariedade, foi necessário associar infusão contínua de lidocaína, no entanto paciente mantinha episódios diários de TV e choque do CDI. Desse modo, foi indicada a ablação por cateter da arritmia ventricular. Enquanto esperava a compra do material, optou-se pelo bloqueio do gânglio estrelado direito com solução de bupivacaina e clonidina guiado por fluoroscopia e ultrassonografia. Após o bloqueio, o paciente apresentou um único episódio de TV, após 72 horas. Paciente manteve-se sem novos episódios de TV e foi submetido a ablação por radiofrequência endocárdica com mapeamento eletroanatômico 12 dias após, com sucesso. Não houve recorrência de TV em seguimento de 6 meses.

Conclusão: A maioria dos pacientes com tempestade elétrica incessante tem doenças cardíacas estruturais graves e sua incidência é de aproximadamente 2 a 10% ao ano em pacientes com CDI (4). Em pacientes com CDI pré-existente, a tempestade elétrica normalmente apresenta múltiplas terapias choque, causando intenso desconforto ao paciente. Neste contexto, o bloqueio do gânglio estrelado é uma terapia alternativa de baixo risco que restaura o equilíbrio do sistema nervoso autonômico e serve como terapia de ponte até a realização da ablação por cateter (5). O bloqueio do gânglio estrelado é eficaz para o controle de TVS no contexto de tempestade elétrica por um período de dias a algumas semanas. São necessários estudos randomizados em potencial para entender melhor o papel desse tratamento (6).



Figura 1: Punção gânglio estrelado guiado por ultrassonografia e fluoroscopia .

Bibliografia

1. BENZIGER, C.P.; CARMO, G.A.L.; RIBEIRO, A.L.P. Chagas cardiomyopathy. *Cardiology Clinics*, v.35, p.31-47, 2017
2. MALIK, L.H.; SINGH, G.D.; AMSTERDAM, E.A. The epidemiology, clinical manifestations, and management of Chagas heart disease. *Clinical Cardiology*, v. 38, p.565-569, 2015.
3. Efficacy of Stellate Ganglion Blockade in Managing Electrical Storm: A Systematic Review. AU Meng L, Tseng CH, Shivkumar K, Ajjola O *SO JACC Clin Electrophysiol*. 2017;3(9):942.
4. Gao D, Sapp JL. Electrical storm: definitions, clinical importance, and treatment. *Curr Opin Cardiol*. 2013;28:72–9
5. . Ajjola OA, Lellouche N, Bourke T, et al. Bilateral Cardiac Sympathetic Denervation for the Management of Electrical Storm. *Journal of the American College of Cardiology*. 2012;59:91–92
6. Meng L, Tseng CH, Shivkumar K, Ajjola O. Eficácia do Bloqueio de Gânglio Stellate na Gestão da Tempestade Elétrica: Uma Revisão Sistemática. *JACC Clin Eletrofisiol*. 2017;3(9):942-949. doi:10.1016/j.jacep.2017.06.006