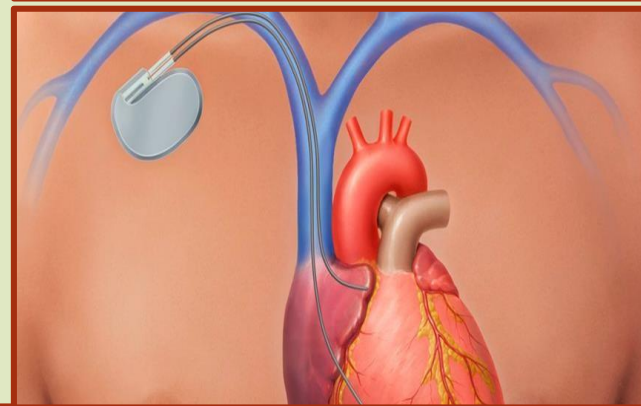
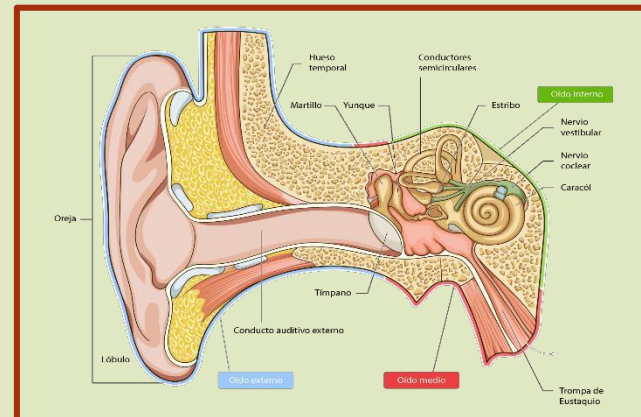


Reunião Clínica

Piora da audição após arritmia cardíaca desencadeada pelo consumo excessivo de álcool

Apresentação: Raissa Pereira Carvalho

Orientadora: Maria Julia Ferreira Cardoso



ÁLCOOL X ARRITMIA

- A correlação começou a ser descrita nos anos 70 quando Philip Ettinger, descreveu a incidência em pacientes que realizaram o uso de álcool de forma aguda;
- Em 1978 o termo "*binge drinking*" foi utilizado por Ettinger e cols., para descrever o aparecimento de perturbações no ritmo cardíaco após um episódio de consumo excessivo de álcool (sendo de usuários regulares ou não).

ÁLCOOL X ARRITMIA

- A arritmia devido ao consumo crônico de álcool parece estar significativamente associada ao consumo >36 g de álcool / dia (cerca de 3 doses ao dia) **mas esta correlação é menos clara com o consumo leve e moderado**;
- É importante notar que os pacientes com arritmia causada por consumo de álcool são aparentemente saudáveis, sem histórico pessoal ou familiar de palpitações ou outros sintomas sugestivos de anomalias.
- A ausência de novos episódios é decorrente da abstinência de álcool, enquanto a recorrência dos sintomas relaciona-se ao abuso continuado da substância.

ÁLCOOL X ARRITMIA

Interferência na condução cardíaca:

Ocorre a inibição dos canais de sódio, o que pode aumentar a atividade do trocador de sódio – cálcio prolongando o potencial de ação e a repolarização, com subsequente prolongamento de intervalos, o retardamento da condução está presente principalmente em ingestão alcóolica aguda.

ÁLCOOL X ARRITMIA

Encurtamento do período refratário:

O período refratário do coração é o intervalo de tempo durante o qual o impulso cardíaco normal não pode reexcitar uma área já excitada do miocárdio. Isto é de suma importância para o controle do ritmo cardíaco, em caso de consumo de álcool excessivo pode ocorrer a diminuição deste tempo.

ÁLCOOL X ARRITMIA

Elevação dos ácidos graxos livres no plasma:

Com a ingestão de álcool existe um aumento de ácidos graxos livres no plasma, o que se acredita ser arritmogênico por natureza. Embora os mecanismos ainda não estejam completamente esclarecidos foram encontrados níveis elevados de ácidos graxos em pacientes com arritmia.

ÁLCOOL X ARRITMIA

Aumento da atividade simpática:

O álcool pode aumentar a liberação de catecolaminas, secretadas pela medula da glândula adrenal ou localmente pelo próprio miocárdio. Este aumento de catecolaminas sistêmicas ou intramiocárdicas pode estar associada a arritmias.

ÁLCOOL X ARRITMIA

Efeitos arritmogênicos do acetaldeído:

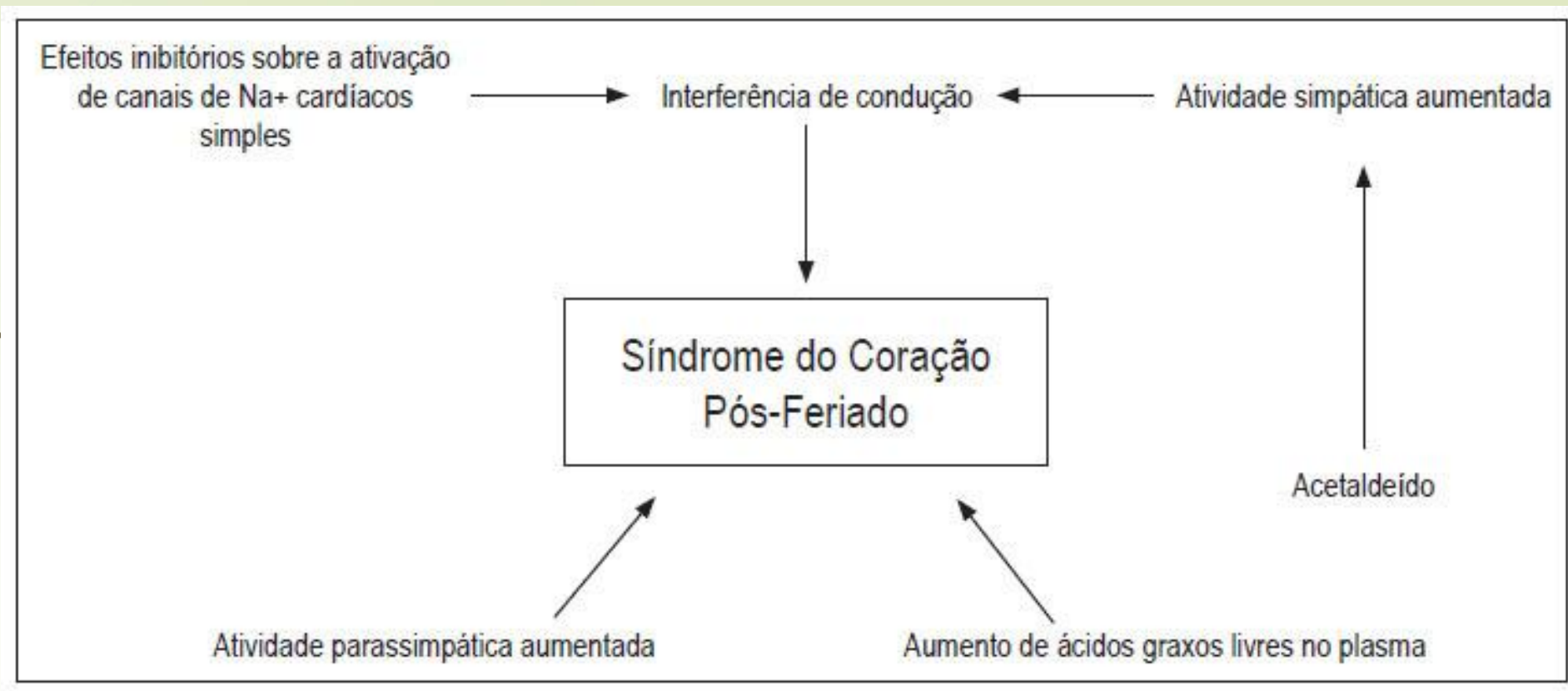
O principal metabólito do álcool também parece exibir propriedades arritmogênicas, possivelmente aumentando as catecolaminas sistêmicas e intramiocárdicas.

ÁLCOOL X ARRITMIA

Atividade parassimpática aumentada:

Um estudo de Mandyam e cols. identificou uma ligação entre a ativação vagal e a fibrilação atrial paroxística (FAP). Também foi sugerido que o álcool poderia desencadear FA pela ativação vagal, sendo a arritmia cardíaca mais comum da síndrome.

ÁLCOOL X ARRITMIA



ÁLCOOL X ARRITMIA

SINTOMAS MAIS FREQUÊNTES

Palpitação

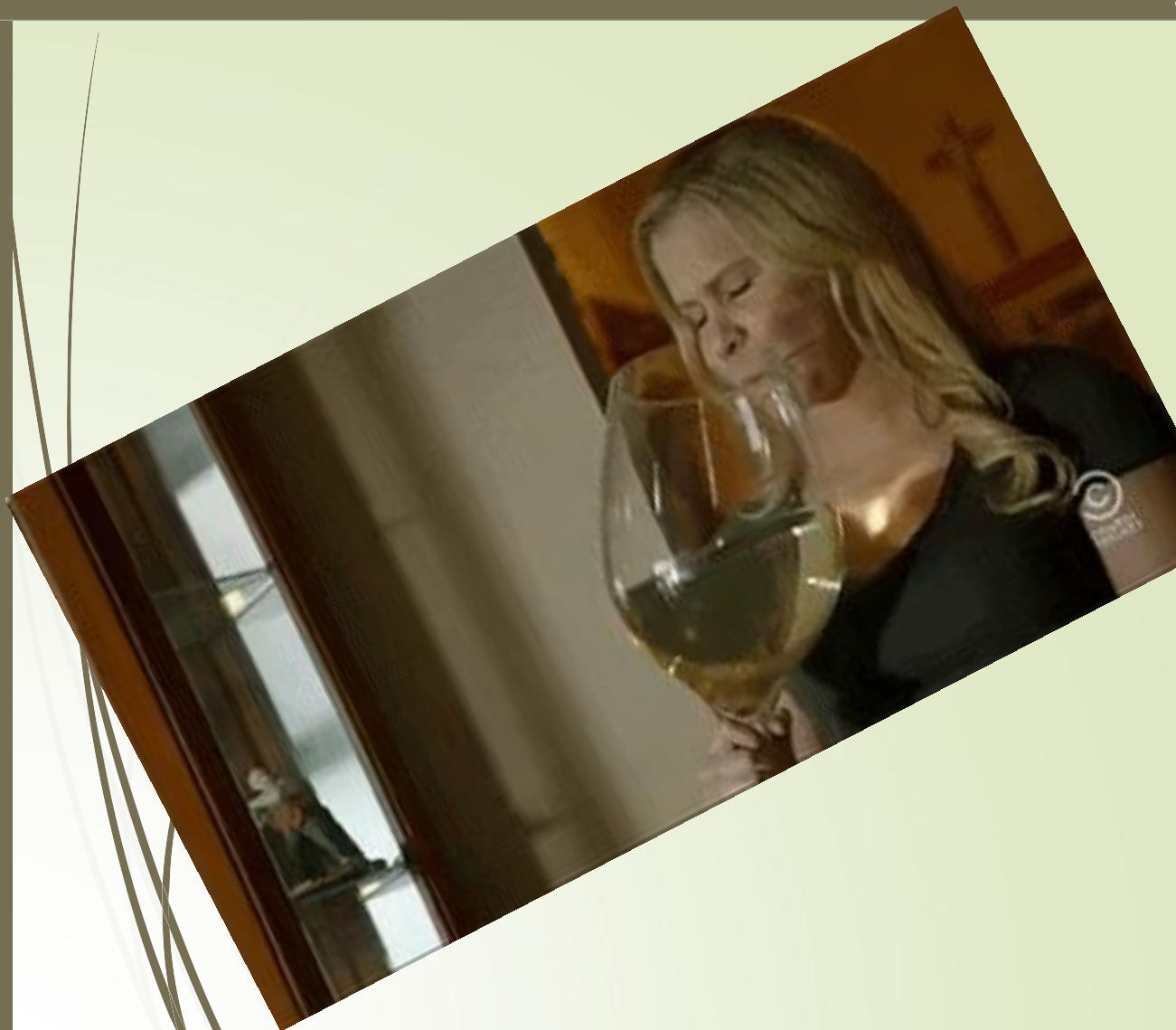
Pressão ou dor precordial (dor no peito)

Síncope (perda temporária da consciência provocada por **diminuição do fluxo** sanguíneo cerebral)

Dispneia (dificuldade de respirar, geralmente a respiração é rápida e curta)

Pode ser assintomático

Síndrome do Coração Pós-Feriado



AUDIÇÃO X PROBLEMAS CARDÍACOS

Sabe-se que a perda neurossensorial súbita pode decorrer de uma isquemia na orelha interna, afetando a circulação posterior que inclui a artéria vertebrobasilar, responsável pelo suprimento de sangue arterial na cóclea

AUDIÇÃO X PROBLEMAS CARDÍACOS

Os relatos da literatura referentes à associação do infarto do miocárdio com a perda auditiva são contraditórios, uma vez que, muitos desses pacientes apresentam outras comorbidades, tais como: a hipertensão e o diabetes, que podem alterar a função coclear.

A partir desse achado, podemos entender que a piora da audição é resultante da associação de todos esses fatores que, de alguma forma, afetaram a vascularização coclear.

CASO CLÍNICO

Iniciais: P.F.

Idade: 86 anos

Anamnese inicial -> 15/01/16

Queixa: “Não escuto muito bem há 2 anos” (sic);

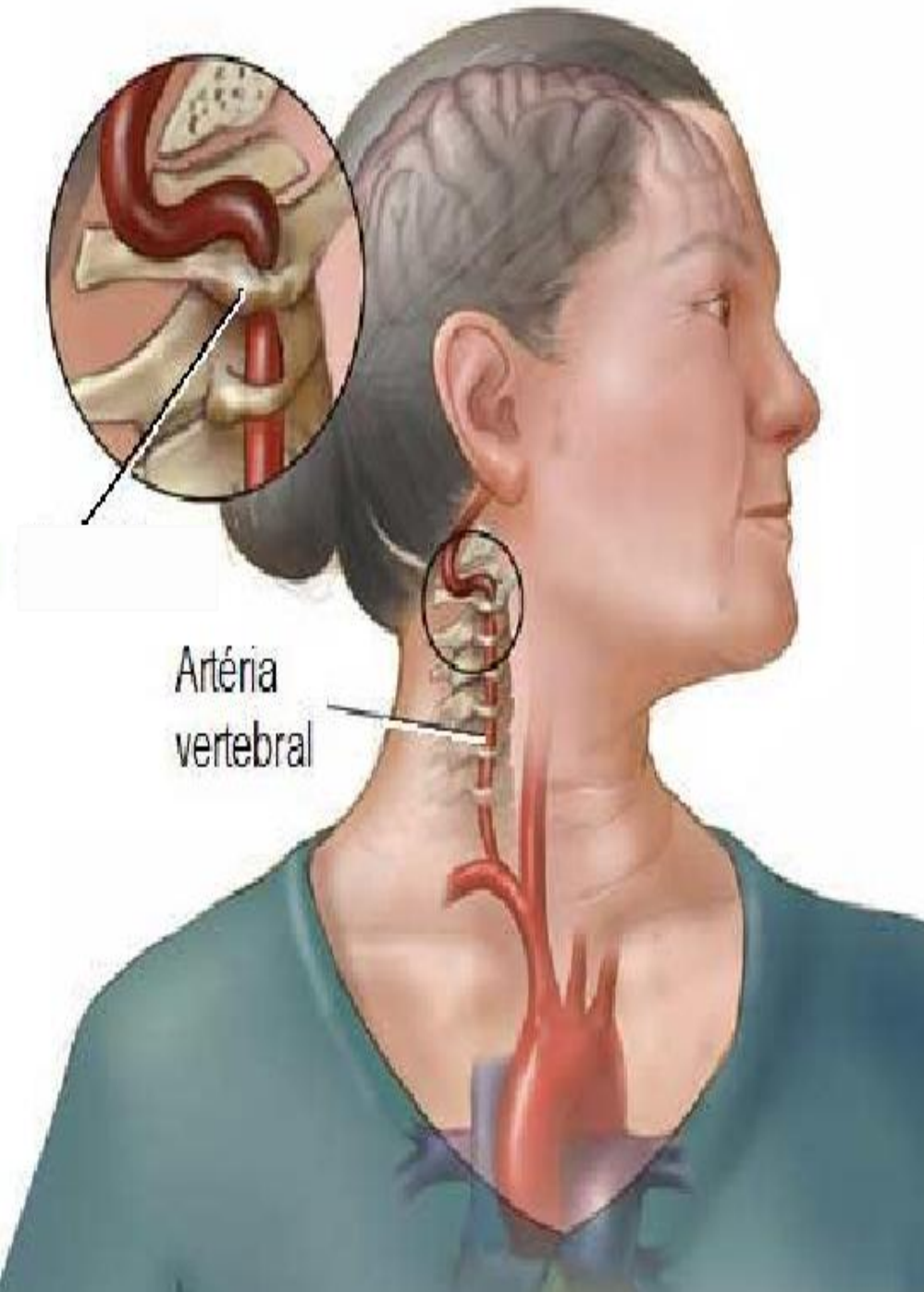
Retomada de anamnese -> 04/06/18

Queixa: “Desde o final do ano passado, depois de um problema no coração, percebi que minha audição piorou” (sic);

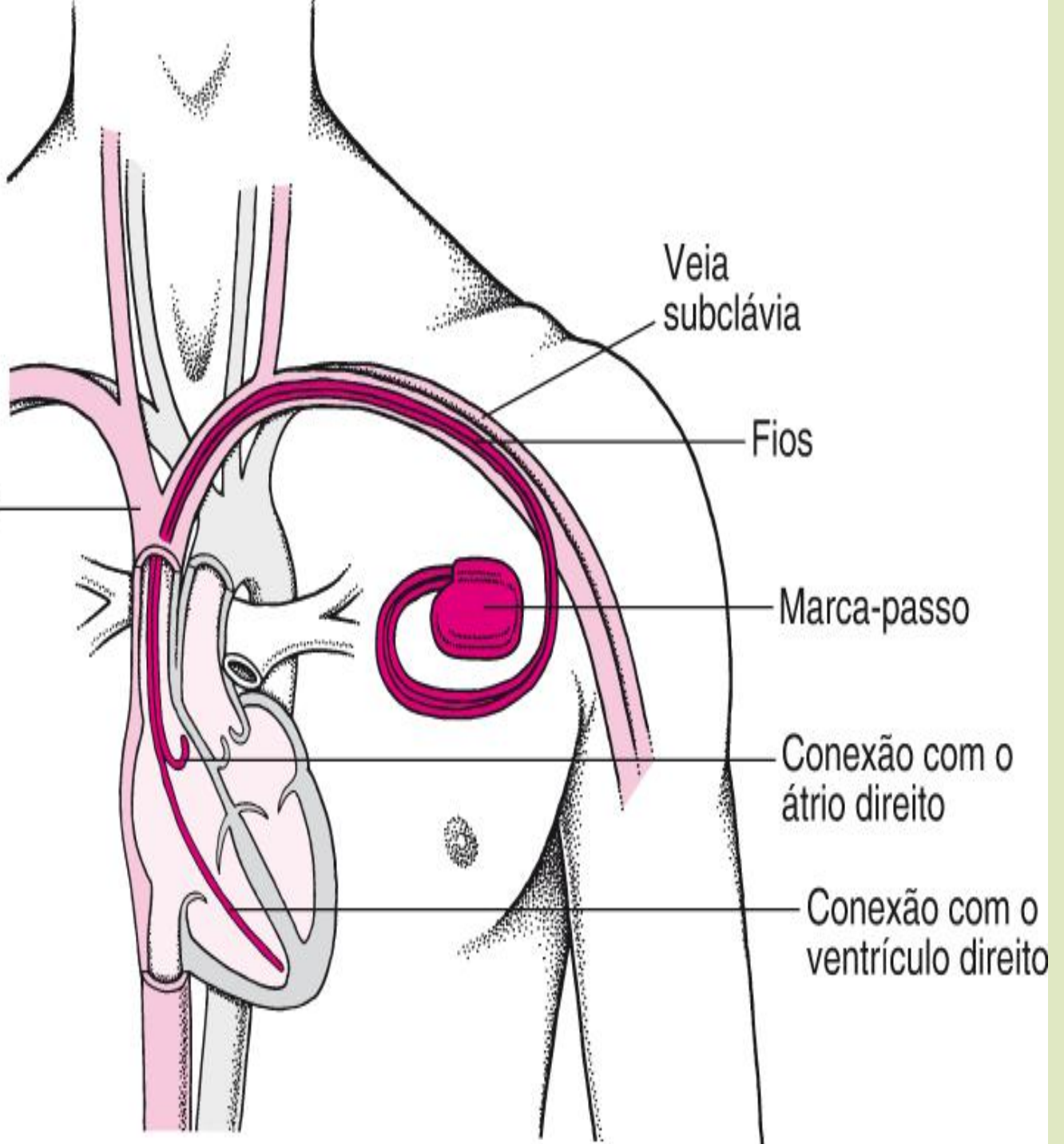
- Faz uso de AASI há 5 anos;
- Fez uso de cigarro por 40 anos;
- Ingeriu álcool por 20 anos (parou há 6 meses);
- Trabalhou em fábrica de engarrafamento de vidro, durante 19 anos;
- Exposto ao Solupan -> desengraxante líquido;
- Fez uso excessivo de álcool, nas festas de fim de ano, o que resultou em retenção de líquido corporal e arritmia cardíaca;
- Faz uso de marcapasso (lado direito) -> 2016;
- Toma os medicamentos: Venzer HCT (hipertensão), Concor (insuficiência cardíaca), Mind (ansiedade), Jardiance e Janumet (diabetes), Eliquis (arritmia cardíaca) e Zetsim (colesterol);



Artéria vertebral



Veia cava superior



Veia subclávia

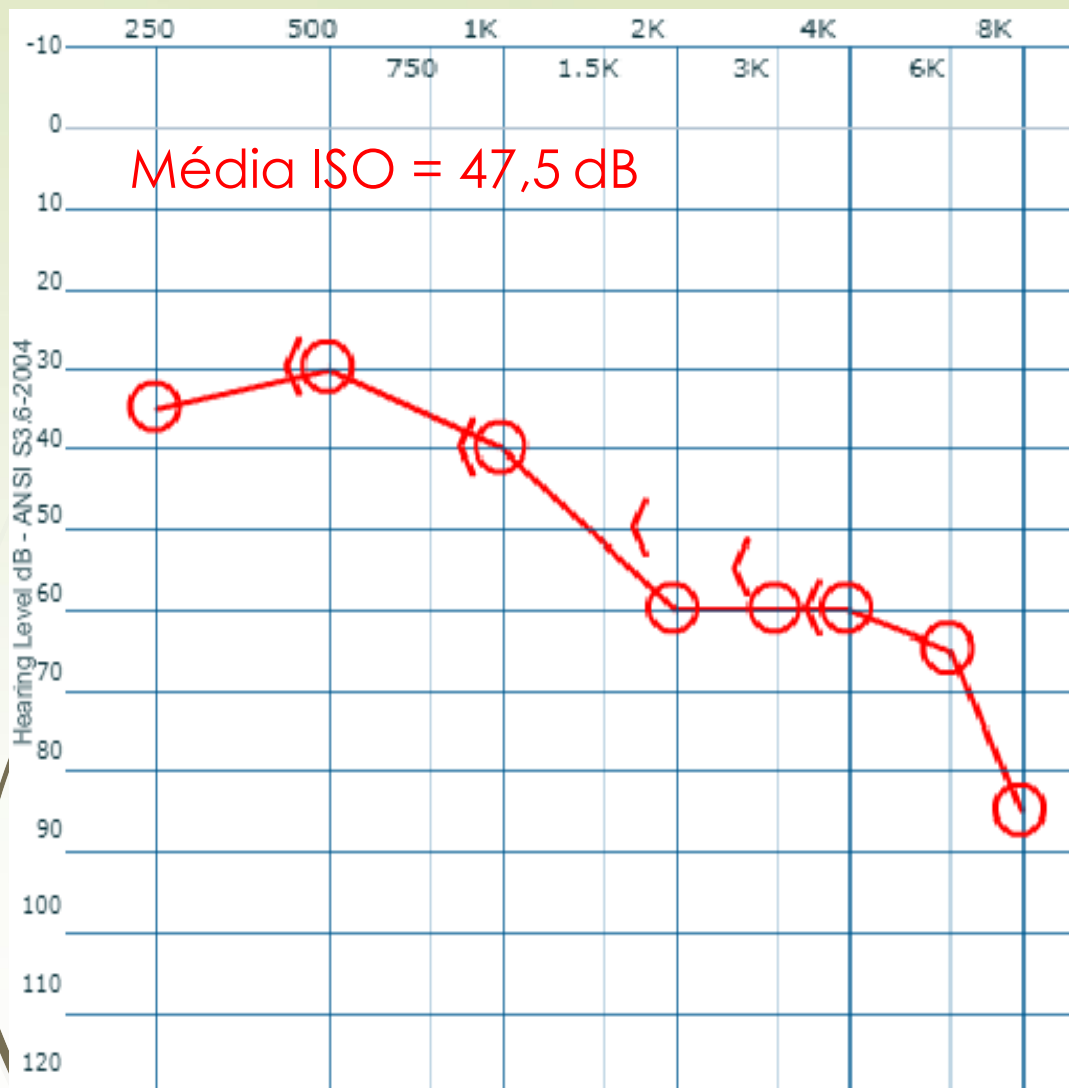
Fios

Marca-passo

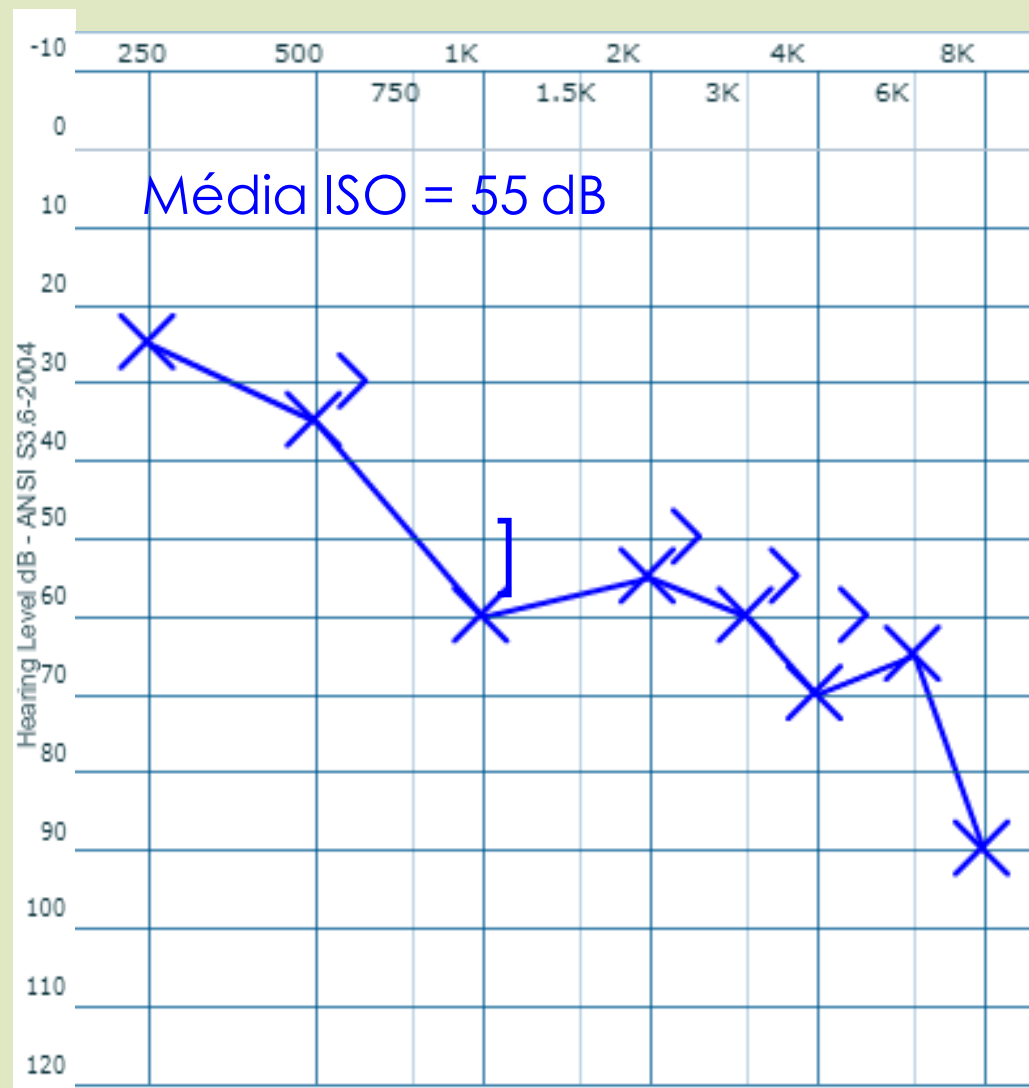
Conexão com o átrio direito

Conexão com o ventrículo direito

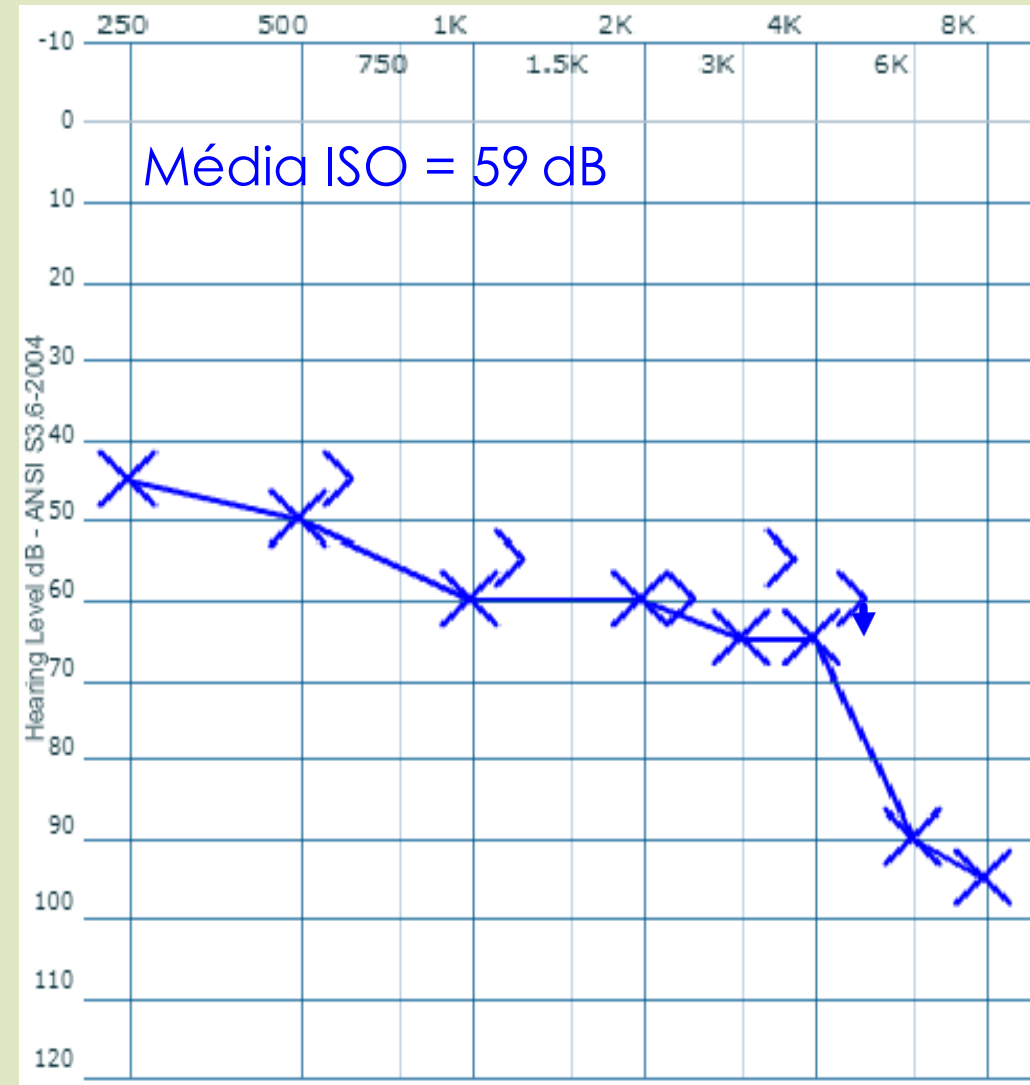
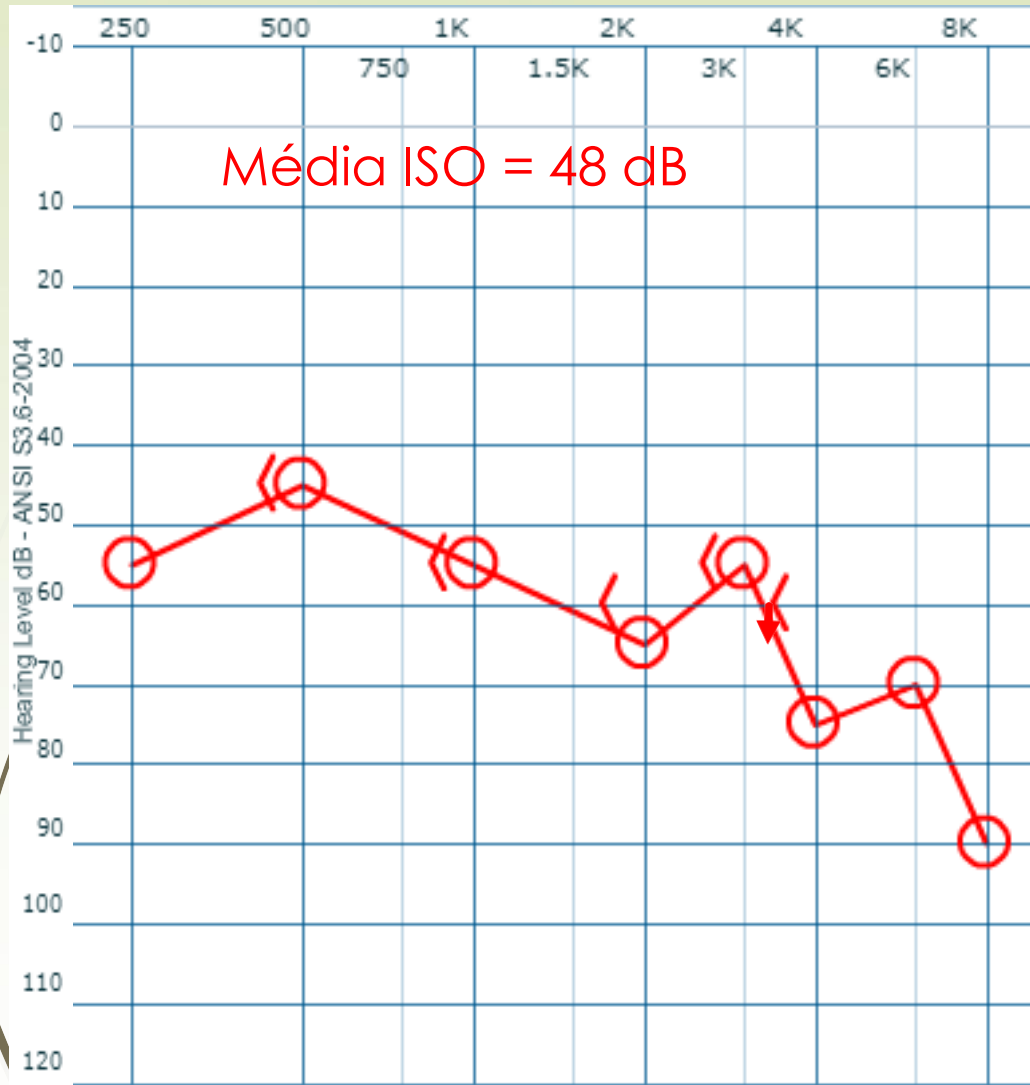
Audiometria Tonal Liminar - 29/03/2016



VO: NB: 65 dBNA



Audiometria Tonal Liminar - 04/06/2018



Logaudiometria (29/03/2016)

Média Tritonal
(500Hz, 1K e 2K) =
43,3 dB

Orelha Direita	Orelha esquerda
IRF NA 75 dB M 72 % D 84 % Fig: - % Masc.: -	IRF NA 80 dB M 76 % D 84 % Fig: - % Masc.: -
SRT 55 dB	SRT 55 dB
Masc.: -	Masc.: -
LDV - dB Masc.: -	LDV - dB Masc.: -

Média Tritonal
(500Hz, 1K e 2K) =
50dB

Logoaudiometria (04/06/2018)

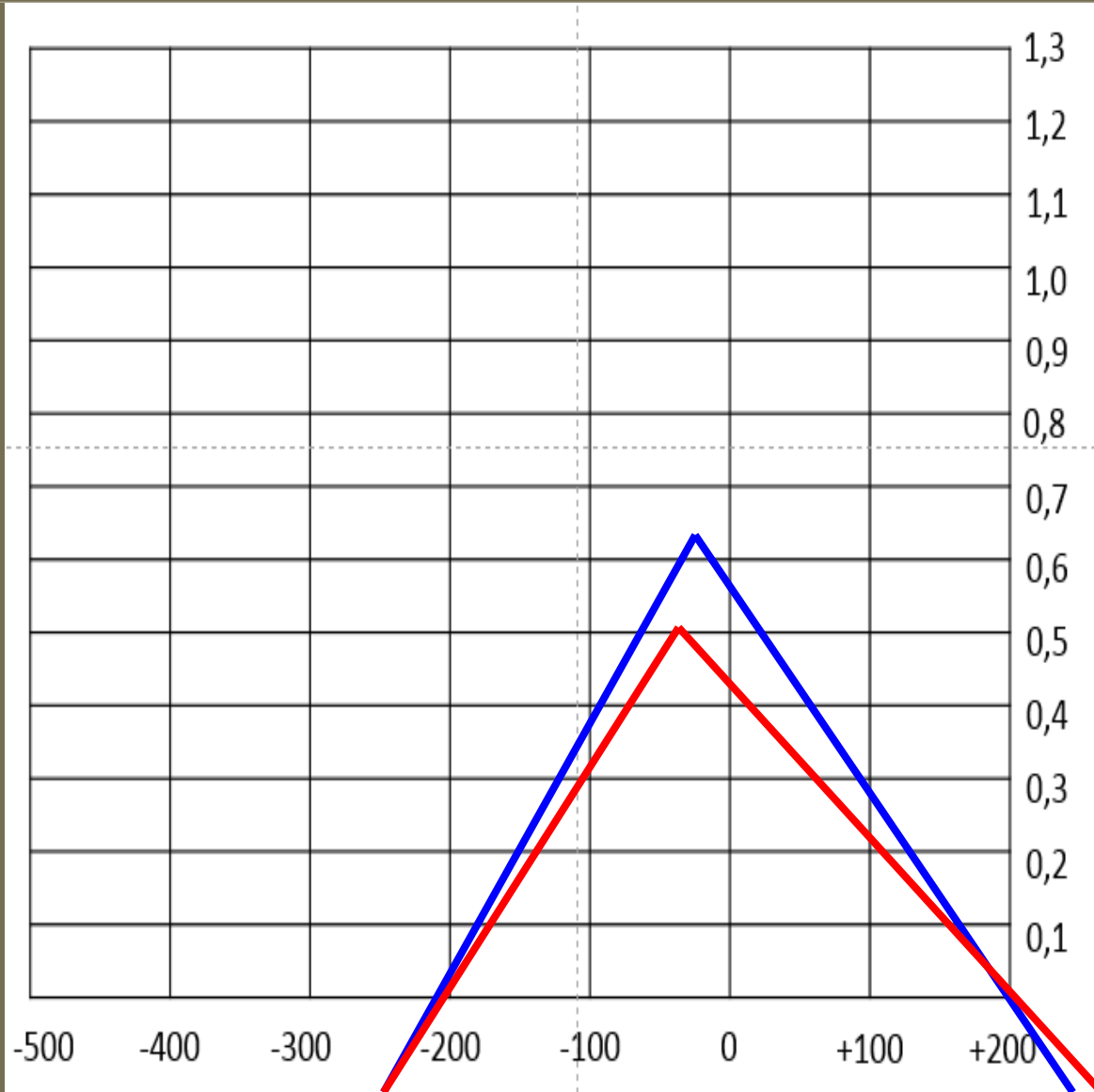
Média Tritonal
(500Hz, 1K e 2K) =
55 dBNPS

Orelha Direita	Orelha esquerda
IRF NA 85 dB M 60 % D 88 % Fig: - % Masc.: -	IRF NA 85 dB M 60 % D 76 % Fig: - % Masc.: -
SRT 60 dB	SRT 65 dB
Masc.: -	Masc.: -
LDV - dB Masc.: -	LDV - dB Masc.: -

Média Tritonal
(500Hz, 1K e 2K) =
56,6 dBNPS

Imitanciometria

Timpanometria (04/06/2018)



	Orelha Direita	Orelha Esquerda
Pressão da Orelha Média (daPa)	-30	-24
Máximo de Relaxamento (ml)	1,9	2,57
+200daPa (ml)	1,4	1,94
Volume Equivalente da Orelha Média (ml)	0,5	0,63

Reflexo Estapediano Acústico (04/06/2018)

Hz	Contralateral OD aferência OD (fone) - eferência OE (sonda)			Contralateral OE aferência OE (fone) - eferência OD (sonda)		
	LIMIAR	REFLEXO	DIFERENÇA	LIMIAR	REFLEXO	DIFERENÇA
500	45	95	50		↓	
1000	55	90	35			
2000	65	100	35			
4000		↓				

Reflexo Ipsilateral

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
OD	↓	↓	↓	↓
OE	95	90	95	↓

Caracterização da perda auditiva

Localização do Problema: [x] Bilateral

Orelha Direita

Tipo de Perda: [x] Neurosensorial

Grau de Perda: [x] Moderada

Configuração: [x] Descendente

Recrutante

Orelha Esquerda

Tipo de Perda: [x] Neurosensorial

Grau de Perda: [x] Moderada

Configuração: [x] Descendente

Recrutante

Conduta

15/01/2016
AASI

04/06/2018
Ajuste fino

Prognóstico

Favorável

Seleção e adaptação dos dispositivos eletrônicos

Características físicas e eletroacústicas:

- Intra-canal;
- Botão de controle do volume -> automático;
- Ventilação: 2mm.

Algoritmos e circuitos especiais que o AASI possui:

- Redutor de ruído;
- WhistleBlock - redutor de microfonia;
- 4 canais;
- Compressão WDRC;
- SmartGuard - protetor de cera;
- Programa silêncio/ruído.



Reabilitação



-> Uso do telefone;

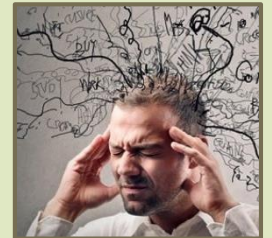


-> Orientações quanto às estratégias de comunicação e **aconselhamento**;



-> Treinamento auditivo

- Detecção;
- Localização sonora;
- Discriminação;
- Figura-fundo;
- Fechamento Auditivo;
- Integração binaural;
- Compreensão.



Referências

1. Carvalho RM, Íorio MCM. Eficácia da aplicação do questionário de handicap em idosos deficientes auditivos. *Distúrb Comum*. 2007; 19(2): 163-172.
2. Ferreira JM, Câmara MFS, Almeida PC, Brandão Neto J, Silva CAB. Alterações auditivas associadas a complicações e comorbidades no diabetes mellitus tipo 2. *ACR*. 2013; 18(4): 250-9.
3. Kim SY, Sim S, Kim HJ e Choi HG. Sudden sensory neural hearing loss is not predictive of myocardial infarction: A longitudinal follow-up study using a national sample cohort. *Scientific Reports*. 2018; 8:946.
4. Machado LA. Desenvolvimento de um manual instrutivo de uso do treinamento auditivo computadorizado eArena®. [dissertação]. São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2015.
5. Tonelo D, Providência R, Gonçalves L. Síndrome do Coração Pós-Feriado Revisto após 34 Anos. *Arq. Bras. Cardiol*. vol.101 no.2 São Paulo Aug. 2013. <<http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130153>>

OBRIGADA ☺

DÚVIDAS ???