

IV SEMANA DO CONHECIMENTO

COMPARTILHANDO E FORTALECENDO
REDES DE SABERES

6 A 10 DE NOVEMBRO DE 2017



Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

() Resumo

(x) Relato de Caso

Dor torácica cursando com bradicardia sinusal na Síndrome de Klinefelter.

AUTOR PRINCIPAL: Matheus Ramos

CO-AUTORES: Brenda Gobetti, Ricardo Tobias Sartori Gradaschi, Lucas Grumann Bernardon, Luiza Maidana Marques, João Pedro Langaro, Andreza Maldaner, Raquel Erbice Durgante, Caio Gabriel Garcia, Douglas Filipe Bianchi.

ORIENTADOR: Pérsio Ramon Stobbe

UNIVERSIDADE: Universidade de Passo Fundo

INTRODUÇÃO:

A Síndrome de Klinefelter ocorre em uma prevalência de 1:500 indivíduos, sendo a causa mais comum de trissomia e infertilidade de natureza genética em homens. Os pacientes com Síndrome de Klinefelter possuem aumento nas taxas de mortalidade quando comparados com a população em geral, dentre as causas principais de morte as doenças cardiovasculares tem um papel importante. Além disso, é sabido que há uma maior prevalência de anomalias cardíacas congênitas relacionadas à Síndrome de Klinefelter que contribuem para o aumento na mortalidade. O objetivo é relacionar manifestações cardiovasculares com desordens hipogonádicas, mais especificamente às de origem periférica, como a Síndrome de Klinefelter. Evidenciar também a melhora dos sintomas endócrinos e cardíacos juntamente com a normalização dos níveis séricos de testosterona após o início da terapia de reposição hormonal.

DESENVOLVIMENTO:

M.C.M., 53 anos, masculino, interna por dor torácica tipo B, investigada há 2 anos, com episódio de pré-síncope e bradicardia (FC:54). Teste Ergométrico sem alterações, eletrocardiograma de repouso com bradicardia sinusal e resposta normal ao esforço, ecocardiograma com leve aumento do volume atrial esquerdo e prolapso da válvula mitral e cineangiogramografia com coronárias tortuosas. Em investigação da infertilidade, rarefação de pelos pubianos e testículos pequenos, a cariotipagem diagnosticou Síndrome de Klinefelter. Nunca havia feito reposição hormonal. Solicitam-se laboratoriais: LH: 11,6 (1,24-8,6), FSH: 40,9 (1,19-19,6) e testosterona: 0,36 (2,8-11), caracterizando o hipogonadismo hipergonadotrófico. Após reposição de testosterona ocorreu melhora das queixas hipogonádicas com aumento da força

IV SEMANA DO CONHECIMENTO

COMPARTILHANDO E FORTALECENDO
REDES DE SABERES

6 A 10 DE NOVEMBRO DE 2017



muscular, ganho ponderal, presença de ereção e ejaculação. Novos laboratoriais com testosterona 219 (175-781), FSH 44,6 (1,19-19,6), LH 15,3 (1,24-8,6). Atualmente, em uso de Androgel®, sem melhora significativa da bradicardia, porém, sem episódios de dor torácica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A relação da Síndrome de Klinefelter com manifestações cardiovasculares não está com sua fisiopatologia totalmente esclarecida, mas é teorizado que ocorre sobretudo devido a própria anomalia cromossômica. No entanto, a cromossomopatia talvez esteja inteiramente relacionada à extensão da atividade da testosterona nos tecidos. Neste caso, a reposição hormonal foi eficaz para a melhora dos sintomas.

REFERÊNCIAS:

1. KARAGOZ, Ahmet et al. Sinus Node Dysfunction Requiring Permanent Pacemaker Implantation in a Young Adult with Klinefelter Syndrome. *The American Journal of Case Reports*, 136–139, 03 de mar. de 2015.
2. PASQUALI, Daniela et al. Cardiovascular abnormalities in Klinefelter syndrome. *International Journal of Cardiology*, 754 - 759, 30 de set. de 2013.
3. SALZANO, Andrea et al. MANAGEMENT OF ENDOCRINE DISEASE: Klinefelter syndrome, cardiovascular system, and thromboembolic disease: review of literature and clinical perspectives. *European Journal of Endocrinology*, 27-40, 01 de jul. de 2016.

NÚMERO DA APROVAÇÃO CEP OU CEUA (para trabalhos de pesquisa):

ANEXOS:

Poderá ser apresentada somente uma página com anexos (figuras e/ou tabelas), se necessário.