

REVERSÃO DE BLOQUEIO DE RAMO ESQUERDO APÓS CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTENOSE AÓRTICA.

Martins, Augusto de Marco*;
Silva, José Carlos Quinágua**, Almeida, Daniela Serra ***

· Preceptor da Unidade de Cardiologia,
** Staff da Unidade de Cardiologia do Hospital de Base do DF.
*** Residente de Cardiologia

UNIDADE DE CARDIOLOGIA-HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL

RESUMO

A estenose valvar aórtica é uma patologia, que no decorrer de sua evolução, provoca grandes alterações no ventrículo esquerdo, com aumento da massa muscular e alterações em relação a oferta/consumo de oxigênio, bem como lesões irreversíveis no sistema de condução, como bloqueio de ramo esquerdo e bloqueio átrio-ventricular. Relatamos o caso de um paciente que após correção cirúrgica da estenose aórtica, apresentou reversão total do bloqueio completo de ramo esquerdo.

SUMMARY

The aortic stenosis is associated with several ventricular metabolic changes such as increase in left ventricular muscle mass, in the oxygen offer and consumption rate, and lesions on the electric conduction system such as left branch bundle block, that is considered irreversible. We describe a case of a patient with aortic stenosis and LBBB that was submitted to a surgical correction of the valvular disease and, due to this, had his ECG normalized.

INTRODUÇÃO

A estenose valvar aórtica é uma doença cardiovascular, geralmente de causa degenerativa que habitualmente pode cursar durante um longo período, variando de dois a nove anos, para o desenvolvimento de sintomas. Os sintomas mais comuns são angina, tonturas, síncope e insuficiência cardíaca⁽¹⁾. Os aspectos fisiopatológicos se caracterizam por diminuição progressiva da área valvar e conseqüente aumento da pressão de fluxo do ventrículo esquerdo para a aorta, ocasionando aumento da massa muscular compensatória^(1,2).

Com a instalação da hipertrofia ventricular esquerda podem ocorrer alterações eletrocardiográficas do tipo sobrecarga ventricular esquerda, isquemia subepicárdica, bloqueio de ramo esquerdo e bloqueio átrio-ventricular, sendo os dois últimos considerados por muitos autores, como de caráter irreversível^(3,4).

Os autores relatam o caso de um paciente

que após correção cirúrgica de estenose aórtica, apresentou reversão completa do bloqueio de ramo esquerdo.

RELATO DO CASO

Um homem de 50 anos procurou serviço de cardiologia com queixa de tonturas esporádicas, referindo ser cardiopata, porém sem uso de qualquer medicação. Ao exame físico foi observada a presença de um sopro sistólico, ejetivo, 4/6, em foco aórtico e aórtico acessório. O eletrocardiograma apresentava bloqueio completo de ramo esquerdo fixo e bloqueio átrio-ventricular de primeiro grau (Figura 1). Referia ainda ser portador de dislipidemia. Foi solicitado ecodopplercardiograma, Gravação Holter de 24 horas e rotina bioquímica.

O ecodopplercardiograma revelou estenose aórtica moderada com gradiente estimado de 40 mmHg e hipertrofia ventricular esquerda concêntrica. A gravação Holter de 24 horas foi normal e

os exames de bioquímica mostravam hipercolesterolemia com colesterol total de 339mg/dl.



FIGURA 1 - Eletrocardiograma admissional apresentando bloqueio completo de ramo esquerdo e bloqueio átrio-ventricular de primeiro grau.

O paciente foi acompanhado clinicamente por três anos, quando sua sintomatologia se exacerbou e novo ecodopplercardiograma evidenciou estenose aórtica severa com gradiente estimado de 67 mmHg e hipertrofia ventricular esquerda moderada. Foi submetido a cateterismo, e como as coronárias estavam normais, encaminhado à cirurgia cardíaca para tratamento cirúrgico da valva aórtica.

Após a realização da troca valvar aórtica por bioprótese de pericárdio bovino, o paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta em uso de AAS, enalapril e estatina.

No acompanhamento clínico imediato pós cirúrgico de um, três e seis meses, apresentava-se em bom estado geral sem quaisquer mudanças do ponto de vista eletrocardiográfico.

Um ano depois, comparecendo para novo acompanhamento ambulatorial, o paciente estava assintomático e novo eletrocardiograma revelava reversão completa do bloqueio de ramo esquerdo (Figura II).

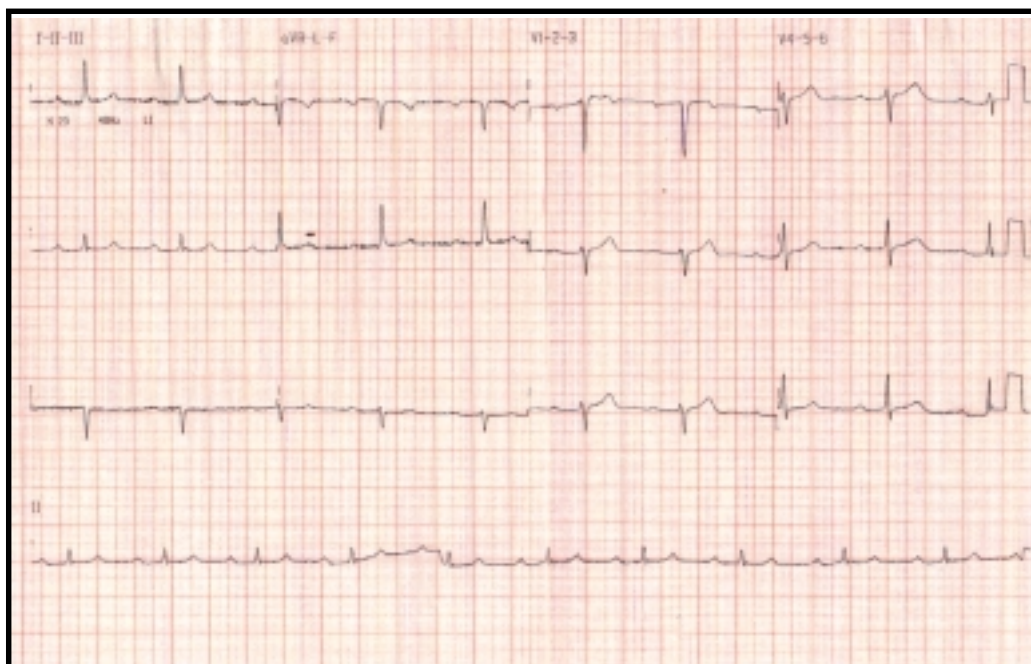


FIGURA 2 - Eletrocardiograma um ano após correção cirúrgica, demonstrando reversão do bloqueio de ramo esquerdo.

DISCUSSÃO

A estenose aórtica pode ser de etiologia congênita, reumática ou degenerativa. A partir da sexta década a etiologia mais comum é a degenerativa. Na história natural da doença a progressão da estenose é lenta e gradual proporcionando ao paciente longo período com

ausência de sintomas. Porém, quando a área valvar diminui o suficiente para causar um aumento importante do gradiente transvalvar, se iniciam os sintomas. Os sintomas mais comuns são angina, tonturas, síncope e insuficiência cardíaca, mas não podemos esquecer muitas vezes os primeiros sintomas podem se caracterizar por arritmias graves e até mesmo a morte súbita.^(1,2)

Existem alguns fatores que estão relacionados com um pior prognóstico e uma evolução mais rápida da estenose aórtica, entre eles se destacam o fumo, sexo feminino, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, disfunção ventricular esquerda, anormalidades no metabolismo do cálcio, doença arterial coronária e doença renal.^(5,6)

Na estenose aórtica ocorre aumento do gradiente de pressão do ventrículo esquerdo para a aorta e isso acarreta aumento da pressão diastólica de ventrículo esquerdo, que por sua vez leva a hipertrofia ventricular como mecanismo compensatório. Posteriormente com a evolução do quadro, inicia-se a desadaptação ventricular, com dilatação progressiva, disfunção do ventrículo esquerdo e queda do débito cardíaco.⁽⁷⁾

No eletrocardiograma do paciente com estenose aórtica podemos ter alterações relativas à isquemia, que melhoram com o tratamento cirúrgico, e também alterações no sistema de condução, como bloqueio de ramo esquerdo, que habitualmente tem caráter irreversível. As alterações do sistema de condução ocorrem devido ao aumento de massa do ventrículo esquerdo ou podem ser decorrentes de extensa calcificação.⁽⁵⁾

O ecodopplercardiograma é fundamental no auxílio da avaliação da estenose aórtica e permite avaliar o gradiente transvalvar, bem como a função ventricular esquerda, sendo o exame indicado para acompanhamento clínico.

A correção cirúrgica deve sempre ser indicada em pacientes sintomáticos com alterações no ecodopplercardiograma compatíveis com estenose de grau moderado a grave. Controvérsias existem quanto ao paciente assintomático e estudos recentes tendem a postergar a cirurgia até o aparecimento de sintomas ou até a primeira manifestação ecodopplercardiográfica indicativa de evolução.⁽⁸⁾

No caso relatado, trata-se de um paciente de 50 anos, tabagista e hipercolesterolêmico, que apresentava como sintoma, tonturas esporádicas, e como o sintoma não era importante, foi acompanhado com ecocardiogramas seriados e holters durante três anos. No momento da piora dos sintomas novo ecodopplercardiograma auxiliou na indicação cirúrgica.

O paciente apresentava no eletrocardiograma bloqueio completo de ramo esquerdo e bloqueio

átrio-ventricular de primeiro grau. Após transcorrido um ano de troca valvar, o eletrocardiograma mostrava reversão completa do bloqueio de ramo esquerdo.

Na revisão de literatura não encontramos descrição de casos onde houve reversão do bloqueio de ramo, porém existem raros casos onde o bloqueio se torna intermitente, e às vezes, relacionado com esforço.⁽³⁾

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Bonow, RO, Carabello, B, de Leon, AC, Jr. *Et al. Guidelines for management of the patients with valvular Heart disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice Guidelines. J Am Coll Cardiol* 1998,32:1486

2- Cheitlin, MD, Gertz, EW, Brundage, BH, et al. *Rate of progression of severity of valvular aortic stenosis in the adult. Am Heart J* 1979,98:689.

3- Gunter Lehmann MD, Isabel Deisenhofer MD, Bernhard Zrenner. *Recurrent symptomatic bilateral bundle branch block in a 74-year-old patient with a prosthetic aortic valve. A description of case and review of the literature. International journal of cardiology* 1999,283:286.

4- Kannel -, WB, Dannenberg, AL, Levy, D. *Population implications of electrocardiographic left ventricular hypertrophy. Am J Cardiol* 1987,60:851

5- B. Fendley Stewart, MD, FACC, David Siscovick, MD, MPH, Bonnie K. Lind, MS, Julius M. Gardin, MD, FACC. *Clinical Factors Associated with Calcific Aortic Valve Disease. Journal of the American College of Cardiology* 1997,3:630-634.

6- Antonio Sérgio Cordeiro, Maria Auxiliadora Wellasco Pereira, Nazareth de Novaes Rocha. *Estenose Valvar Aórtica. Influência do sexo sobre a Geometria e Função Ventricular Esquerda em Pacientes Abaixo de 70 anos. Arq. Bras. Cardiol.* 1999,72:475-478.

7- Raphael Rosenhek, MD, L.A. Piérard, Liège, BE, C. M. Otto. *Improved Evaluation of Valve Disease by Stress. XXIInd Congress of the European Society of Cardiology.*

8- Luis Gruberg, MD, James A Reiffel, MD. *Controversies in Cardiology. ACC Scientific Session 2000.*