

Eletrocardiograma do Mês

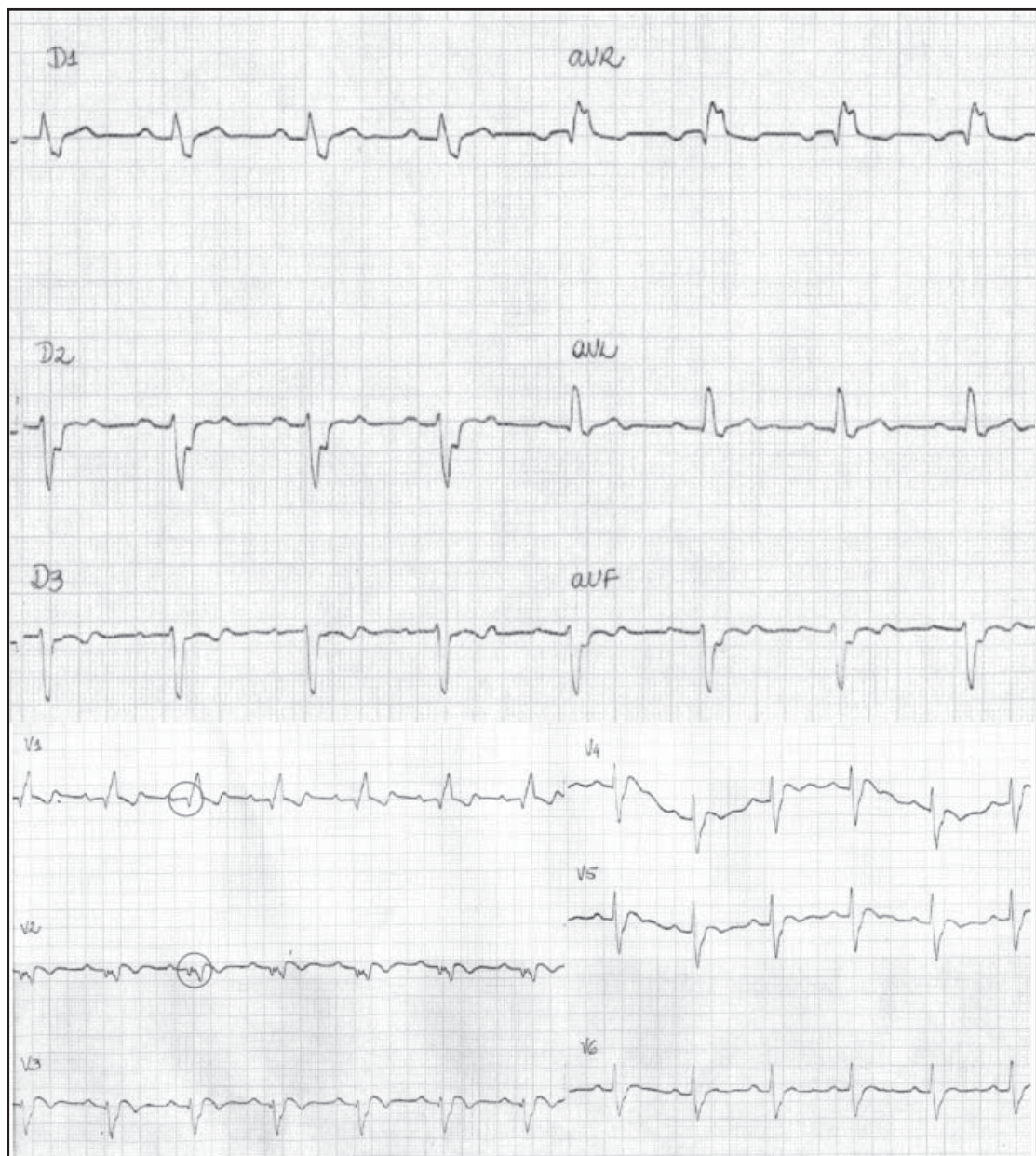
Sessão de
Eletrocardiografia

Grupo de Estudos em Eletrocardiografia da SOCERJ
ECG apresentado na Sessão Clínica Mensal da SOCERJ, em 30 de junho de 2005

12

Michele da Silva Cataldi, Dirson de Castro Abreu

Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro - IECAC



Dados Clínicos

- Paciente masculino, branco, 48 anos de idade, pedreiro, natural de Campos (RJ)
- Queixa principal: "Cansaço" - em julho/04 dor retroesternal

Eletrocardiograma

Anamnese e Diagnóstico no final da apresentação

Análise

Ritmo sinusal 60 bpm, PR=0,22s, onda P normal, QRS=0,20s, ÂQRS entre -60° e -90° no plano frontal, QRS de base alargada, ondas S alargadas em D1, aVL, V4 a V6, ondas R alargadas em aVR e V1, ausência de onda r em V2, onda Q alargada em V2 (0,06s), ST negativo e assimétrico em V1, ST abobadado com leve supradesnivelamento em V2 a V6, onda T negativa e simétrica em V2 e V3.

Comentário

O PR de 0,22s caracteriza o bloqueio atrioventricular de primeiro grau. A onda S e ondas R alargadas configuram o bloqueio completo de ramo direito. O complexo QRS tem orientação para cima e para a esquerda devido ao bloqueio divisional ântero-superior do ramo esquerdo. A ausência de onda r em V1 (padrão qR) deve-se ao crescimento do átrio direito (potencial intracavitário). A ausência de onda R e da onda Q alargadas em V2 (padrão QS) caracterizam zona inativa, o ST e onda T de V2 a V6 devem-se ao processo de injúria e isquemia

miocárdica. A onda T negativa assimétrica em V1 deve-se ao bloqueio de ramo direito completo (alteração secundária da repolarização ventricular).

Conclusão

O bloqueio atrioventricular de primeiro grau associado ao bloqueio de ramo direito completo e o bloqueio divisional ântero-superior do ramo esquerdo são devidos ao defeito do canal atrioventricular (Ecocardiograma = Comunicação intra-atrial tipo Óstium Primum com importante shunt esquerdo-direito. A zona inativa em V2 e as alterações do ST e T de V2 a V6 caracterizam o processo isquêmico do coração (infarto do miocárdio) – CAT = oclusão total de artéria descendente anterior, lesão grave focal em artéria circunflexa esquerda e lesão segmentar subtotal de artéria coronária direita.

Anamnese

Em jul/04 o paciente apresentou dor retroesternal de forte intensidade com irradiação para o epigástrio, dispnéia, sudorese fria. Levado ao Hospital de Cabo Frio de ambulância (2 PCR no caminho + 1 na chegada) – SIC, tendo permanecido 18 dias no CTI. Realizou CAT em ago/04. Foi liberado, porém evoluiu com novos episódios de dor precordial, astenia, dispnéia progressiva, lipotímia, síncope (2 episódios), hipotensão. Novo IAM em out/04. Em jan/05 foi encaminhado ao IECAC. Desde então mantém o quadro, notando-se cianose de extremidades.