

Sessão de  
Eletrocardiografia

## Eletrocardiograma do Mês

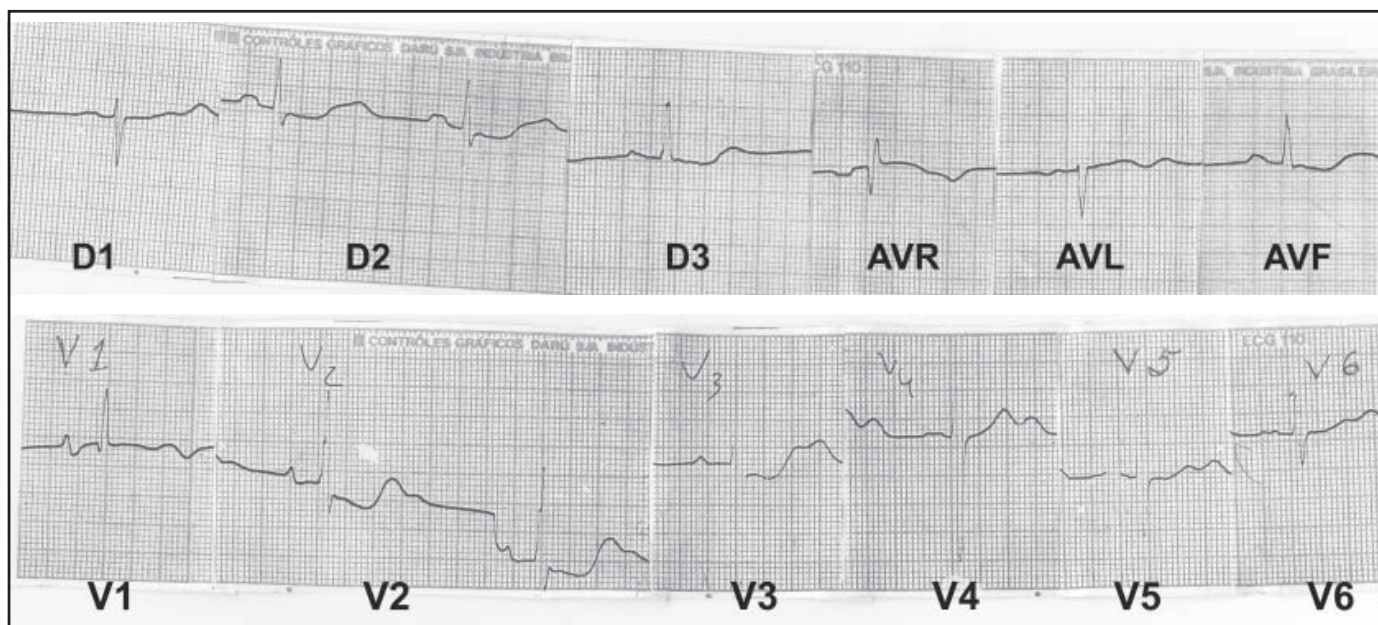
Grupo de Estudos em Eletrocardiografia da SOCERJ

# 1

ECG apresentado na Sessão Clínica Mensal da SOCERJ, em 01 de junho de 2006

*Gustavo Lipps, Dirson de Castro Abreu, José Feldman*

*Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro*



Paciente feminina, 66 anos, residente no Rio de Janeiro, do lar, viúva. Apresentava como queixa principal tonteira e cansaço.

HDA: Paciente hipertensa prévia, em uso de furosemida 40mg/dia, sustrate 3x dia, enalapril 20mg/dia, teofilina 200mg 2x dia, espirinolactona 25mg/dia + digoxina.

Queixa-se de cansaço há mais de 20 anos e dorsalgia em região infra-escapular esquerda também de longa data.

Evoluiu com sinais e sintomas de baixo débito cardíaco.

Ao realizar ECG apresentou PCR em TV polimórfica, sendo desfibrilada com sucesso em menos de 1 minuto, persistindo sem sinais neurológicos focais.

Endereço para correspondência: [amdabreu@bigghost.com.br](mailto:amdabreu@bigghost.com.br)

Dirson de Castro Abreu | Av. Atlântica, 1896/7º andar | Copacabana, Rio de Janeiro - RJ | 22021-001

Recebido em: 5/06/2006 | Aceito em: 8/06/2006

## Eletrcardiografia

Ritmo sinusal, frequência de 46 bpm, P-R de 0,26s, QRS de 0,10s, Â QRS a +120°, Q-T de 0,46s.

Ondas P bimodais, alargadas, de 0,12s com difasismo rápido em V1, alargadas (tipo mitral) em D2-D3-AVF e em V6.

A sístole elétrica mostra em V1 qR com deflexão intrínscóide retardada de 0,5s. A repolarização ventricular revela o segmento RS-T infradesnivelado em D2, D3 e AVF e muito evidente em V2-V3 e mesmo em V5-V6. Nítida onda U proeminente.

## Ecocardiografia

Ao 2,7      Dd 3,2      SIV 0,9  
 AE 5,0      Ds 1,3      PP 0,9  
 VE normofuncionante.

VM calcificada com estenose mitral grave. Área valvar mitral estimada em 0,6cm<sup>2</sup>.

Esclerose valvar aórtica com IAo leve. IT severa. Pressão sistólica da artéria pulmonar estimada em 118mmHg.

Aumento das cavidades direitas. Aumento de AE (5,0cm).

Discreto aumento de líquidos de aparência fisiológica em pericárdio.

## Cineangiografografia

ACE

Tronco com irregularidades e obstrução de 50% em óstio. Obstrução de 40% em 1/3 médio.

DA com irregularidades e obstrução de 70 % em 1/3 médio, seguida de obstrução de 90 %, em mesmo segmento.

1ª diagonal ocluída em origem. CX com irregularidades parietais.

1ª marginal com irregularidades e obstrução de 40% em 1/3 proximal.

2ª marginal com irregularidades e obstrução de 70% em 1/3 médio.

CD: Dominante com irregularidades parietais e obstrução de 70% em 1/3 médio.

VE: com volumes normais.

Contratilidade preservada. HVE concêntrica. VM competente.

Pressões: 100/0/10  
 Ao 100/70

Coronariopatia obstrutiva multiarterial. Obstrução grave em tronco. Função sistólica de VE preservada.

## Comentário

O ECG mostra modificações da repolarização ventricular na qual interfere ação digitálica, hipopotassemia e injúria do miocárdio, sugerindo comprometimento da região diafragmática e terço médio do septo como na cardiopatia isquêmica. O grande crescimento da aurícula esquerda e a sua morfologia sugerem estenose mitral significativa, e a aurícula direita crescida acompanhada do ventrículo direito, tipo barreira, faz pensar em hipertensão pulmonar e insuficiência tricúspide.

A presença de qR em V1 e a ausência de q em V6 assinala que o septo interventricular apresenta-se paralelo do plano frontal e que o vetor 1 aponta para a esquerda. O padrão R/S de V3-V6 nas precordiais é sugestivo de hipertrofia da massa septal direita.

## Conclusões

Cardiopatia isquêmica multiarterial.

Estenose mitral severa com insuficiência tricúspide e hipertensão pulmonar.