

Sessão de  
Eletrocardiografia

## Eletrocardiograma do mês

Grupo de Estudos em Eletrocardiografia da SOCERJ

# 1

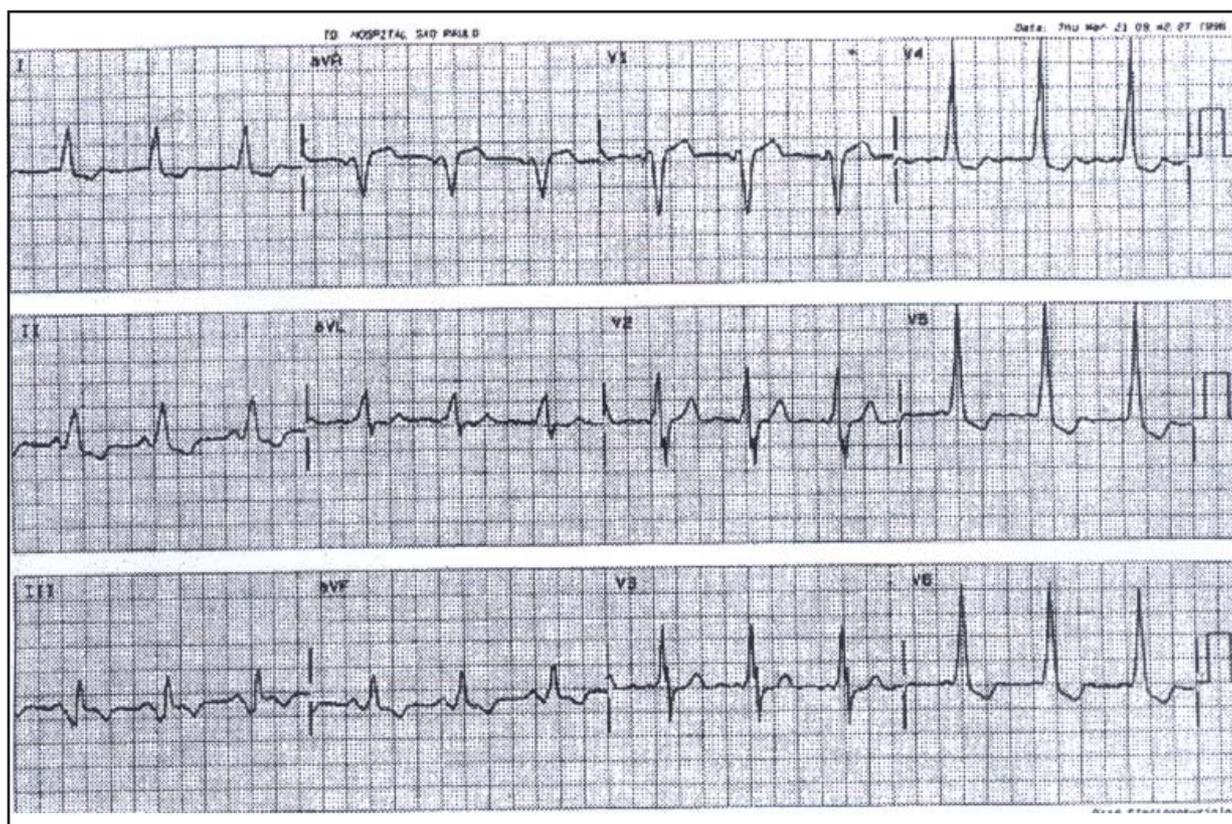
ECG apresentado na sessão clínica mensal da SOCERJ, em 27 de julho de 2006

*Marcella de Agostini Iso, Eduardo Correa Barbosa, Paulo Ginefra*

*Universidade do Estado do Rio de Janeiro*

Paciente masculino, 48 anos, branco, hipertenso, em tratamento com enalapril 20mg/dia, procurou o Serviço de Cardiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ) com queixa

de palpitação e dor em queimação, em região precordial, sem relação com esforço e de leve intensidade, de longa data.



**Figura 1**

RFO, masculino, 48 anos. Palpitações paroxísticas, episódios de dor torácica atípica

Endereço para correspondência: [deagostiniiso@hotmail.com](mailto:deagostiniiso@hotmail.com)

Marcela de Agostini Iso | Rua Ministro Correia de Melo, 70 - 202 | Leblon, Rio de Janeiro - RJ |

Recebido em 27/07/2007 | Aceito em: 02/08/2006

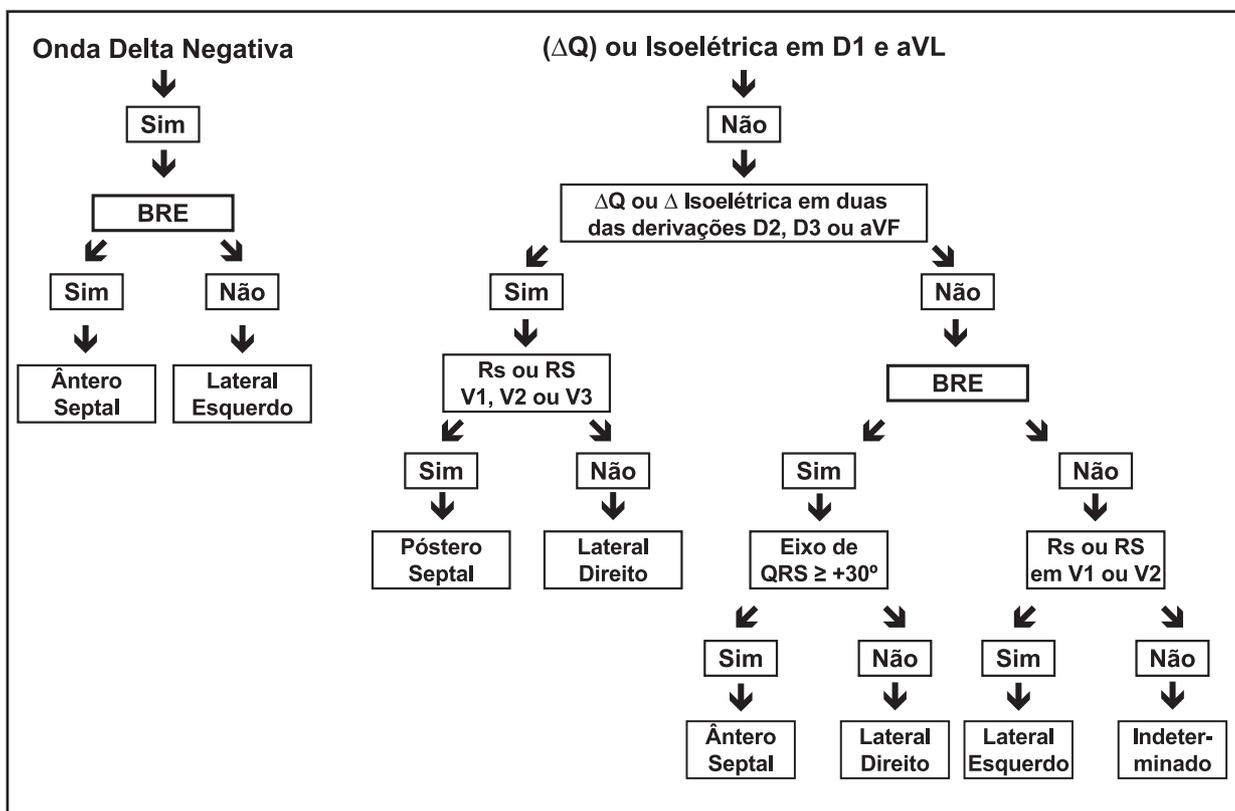


Figura 2

Algoritmo para localização do feixe acessório pelo Eletrocardiograma.

O padrão de bloqueio de ramo esquerdo (BRE) é aqui definido como a deflexão positiva do QRS $\geq$ 90ms em D1 com RS em V1 e V2

**Eletrocardiograma**

Ritmo sinusal, frequência de 78bpm, P-R <0,12s, QRS 0,12s,  $\hat{A}$  QRS a +30°, QT 0,40s (Figura 1).

Onda delta positiva em D2 e AVF, caracterizando presença de feixe acessório com orientação de cima para baixo, o padrão rS em V1 e a presença de onda R em D1, AVL, V5 e V6 caracterizando orientação de frente para trás, além do padrão rS em V1 e R em V5-6 demonstrando orientação da direita para E. Pelo algoritmo de Milstein<sup>1</sup>, o feixe acessório encontra-se em parede ântero-septal D (Figura 2).

Nota-se também a presença de onda Q espessada e profunda em D3, em oposição à onda delta positiva em D2 e AVF. Observar que a onda Q de D3 é espessa e profunda e que o segmento S-T está supra-desnivelado, com T negativa simétrica em D3, aspecto altamente sugestivo de lesão da parede inferior por IAM.

**Ecocardiograma**

- . Acinesia ínfero-apical
- . Função sistólica global preservada

### Estudo eletrofisiológico

No estudo eletrofisiológico, localizou-se o feixe acessório na parede lateral direita, confirmando o achado pelo algoritmo. Em seguida, procedeu-se à ablação por cateter.

### Eletrocardiograma após ablação

Ritmo sinusal, P-R normal, QRS estreito, ausência de onda delta, eixo elétrico entre  $+30^\circ$  e  $+45^\circ$ , presença de onda Q em D2, D3 e AVF, mantendo alteração de repolarização nestas derivações, com aspecto de IAM da parede inferior (Figura 3).

### Conclusões

Apesar de descrita a impossibilidade de diagnosticar presença de necrose quando em conjunto ao Wolf-Parkinson-White, pelas suas alterações na repolarização ventricular,

algumas vezes, como neste caso, é possível o diagnóstico devido aos aspectos do S-T e T de D3.

É interessante observar que a presença da onda q espessa em D3, antes da ablação, dificultou a localização exata do feixe acessório: pelo algoritmo de Milstein, a localização era em parede septal direita; já pelo EEF a localização era lateral D.

Trata-se pois de um caso raro de associação de IAM em indivíduo com feixe anômalo e síndrome de Wolff-Parkinson-White.

### Referências

1. Milstein S, Sharma AD, Guiraudon GM. An Algorithm for the Electrocardiographic Localization of Accessory Pathway in the Wolff-Parkinson-White Syndrome. PACE. 1987;10:555-63.

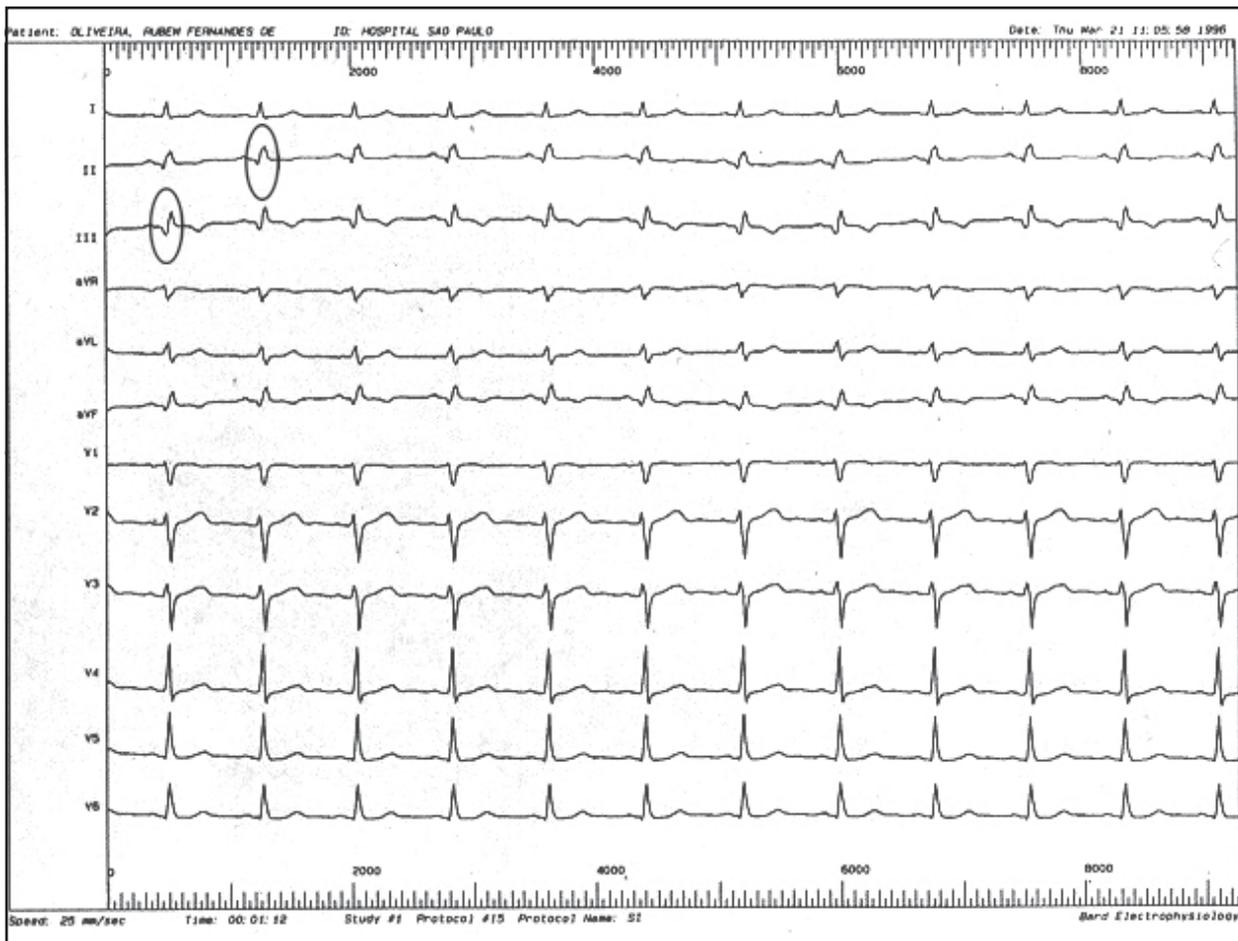


Figura 3

ECG após ablação por cateter do feixe acessório.

Observar os aspectos de IAM em D2, D3 e aVF (parede inferior) e desaparecimento da onda delta em todas as derivações.