

Seção de
EletrocardiografiaEletrocardiograma do Mês
Grupo de Estudos em Eletrocardiograma da SOCERJCardiopatía Coronariana com Bloqueio de Ramo Esquerdo
Coronary Cardiopathy with Left Branch Blockage

Alfredo de Souza Bomfim, Eduardo Corrêa Barbosa*

Dados Clínicos

I.F., paciente masculino, 60 anos.

Queixa principal: cansaço aos médios esforços, com início há 4 meses.

Sopro sistólico mitral, 3ª bulha em ventrículo esquerdo.

Eletrocardiograma de 19/12/2005

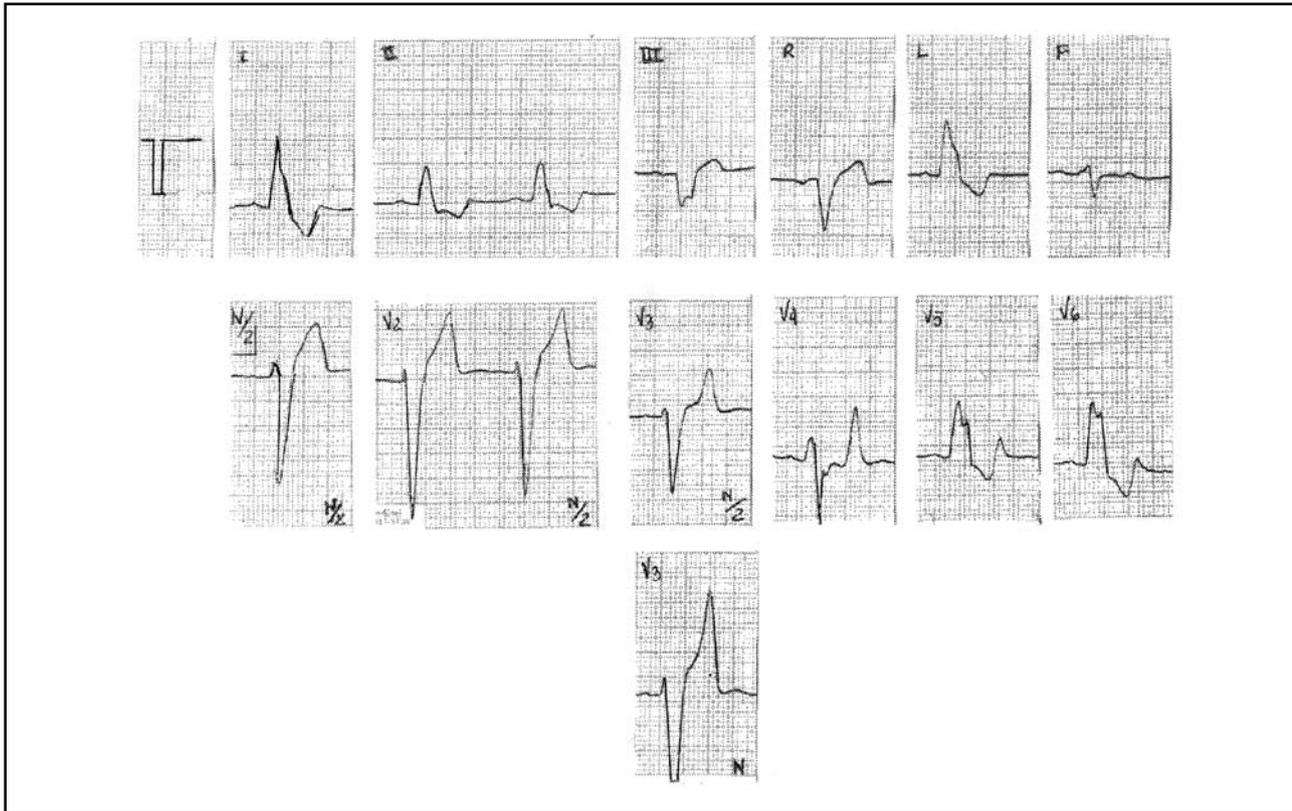
Ritmo sinusal, 62 bpm, P-R normal, ondas P de baixa voltagem, ÂQRS a -10° , QRS=0,20s (em V3N), r de baixa voltagem de V1 a V4, configuração de bloqueio completo de ramo esquerdo com alterações secundárias de repolarização. Observar ondas T com porção terminal positiva em V5 e V6 (seria de se esperar que fossem negativas nestas derivações na

Figura 1

* Setor de Arritmias Cardíacas do Hospital Universitário Pedro Ernesto - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Correspondência: correabarbosa@terra.com.br

Eduardo Correa Barbosa | Rua Alzira Cortez, 5 ap. 101 - Botafogo - Rio de Janeiro (RJ), Brasil - 22260-050

Recebido em: 12/06/2007 | Aceito em: 19/06/2007

presença de BRE) e apiculadas em V3 e V4 sugerindo a possibilidade de ondas T isquêmicas.

Ecocardiograma

O ecocardiograma revelou: Ao 4,1; AE 3,9; VEd 7,5; VEs 6,1; SIV 1,0; PPVE 1,1; FE 36%; septo paradoxal, discinesia ínfero-apical, hipocinesia nas demais paredes.

Foi instituído tratamento clínico de insuficiência cardíaca.

Novo ECG foi feito cerca de 4 meses depois.

Eletrocardiograma de 24/04/2006 (Figura 2)

O ECG registra reversão do bloqueio completo do ramo esquerdo para aspecto de hipertrofia ventricular esquerda e provável hipertrofia septal, isquemia subepicárdica ântero-septal e lateral alta, não se evidenciando área de necrose septal.

Coronariografia

A coronariografia realizada antes do segundo ECG revelou oclusão da artéria coronária descendente anterior no seu terço médio sem, entretanto, haver história de infarto do miocárdio.

Conclusões

Os dados configuram duas hipóteses para o caso presente:

1. Cardiopatía isquêmica com insuficiência cardíaca por dissincronismo ventricular devido ao bloqueio de ramo esquerdo intermitente (ECO com septo paradoxal);
2. Cardiomiopatía com doença coronariana associada.

No primeiro caso, explica-se pelo ECO a área de discinesia ínfero-apical; no segundo, o ECO revela grande dilatação da VE e hipocinesia nas demais paredes.

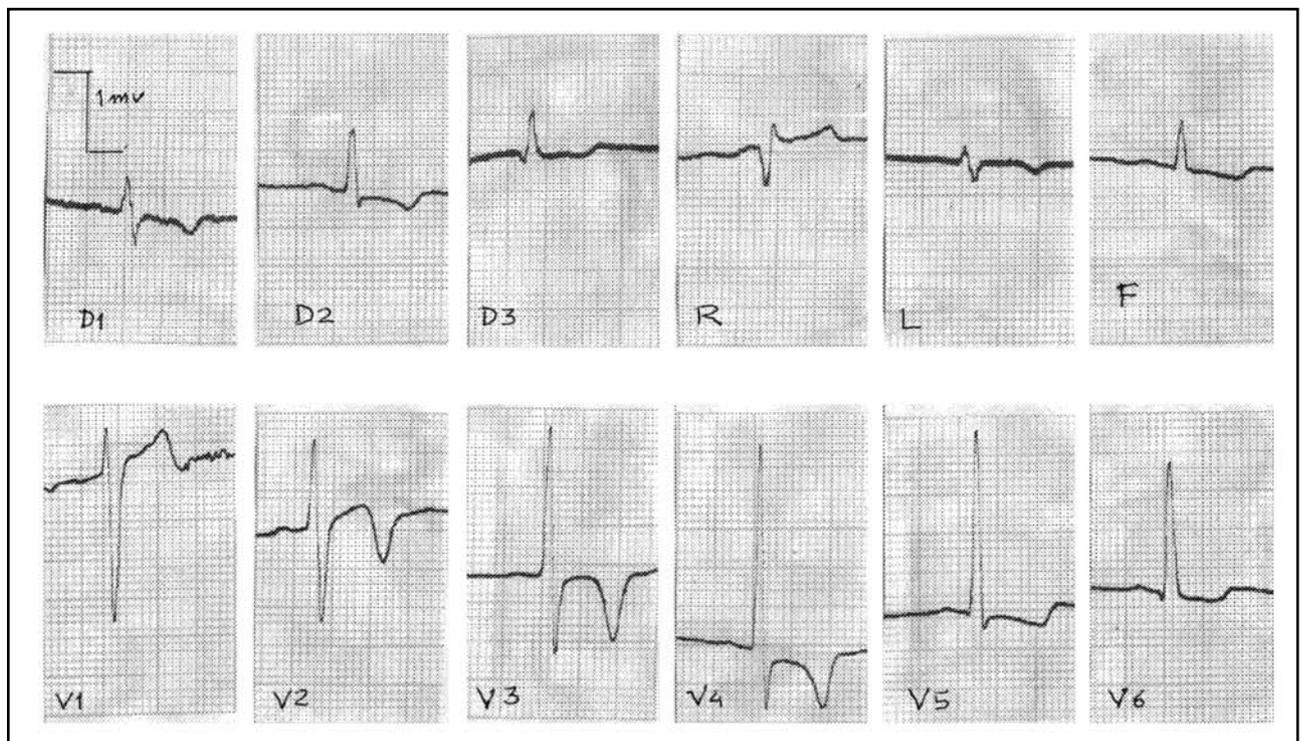


Figura 2