

Eletrocardiograma do Mês

Grupo de Estudos em Eletrocardiografia da SOCERJ

Cardiopatia Isquêmica e Taquicardia Ventricular Lenta por Miocardite Virótica

Ischemic Cardiopathy and Slow Ventricular Tachycardia Due to Viral Myocarditis

Camila dos Santos Moreira de Souza, Nilcilene Fernanda Klein, Paulo Ginefra

Dados Clínicos

E.S.M., 25 anos, masculino, internado em julho de 2008 com dispnéia progressiva, ortopnéia e dispnéia paroxística noturna, dor no hipocôndrio direito. Ao exame físico, sinais de cardiomegalia e congestão pulmonar.

Eletrocardiogramas na admissão (Figuras 1 e 2)

Arritmia por dissociação atrioventricular, com frequência ventricular de 94bpm e atrial de 88bpm (nas derivações que registram ondas P). QRS alargado com 0,16s e ÂQRS dirigido para a esquerda, para cima e para trás, com configuração de bloqueio completo do ramo esquerdo (BCRE).

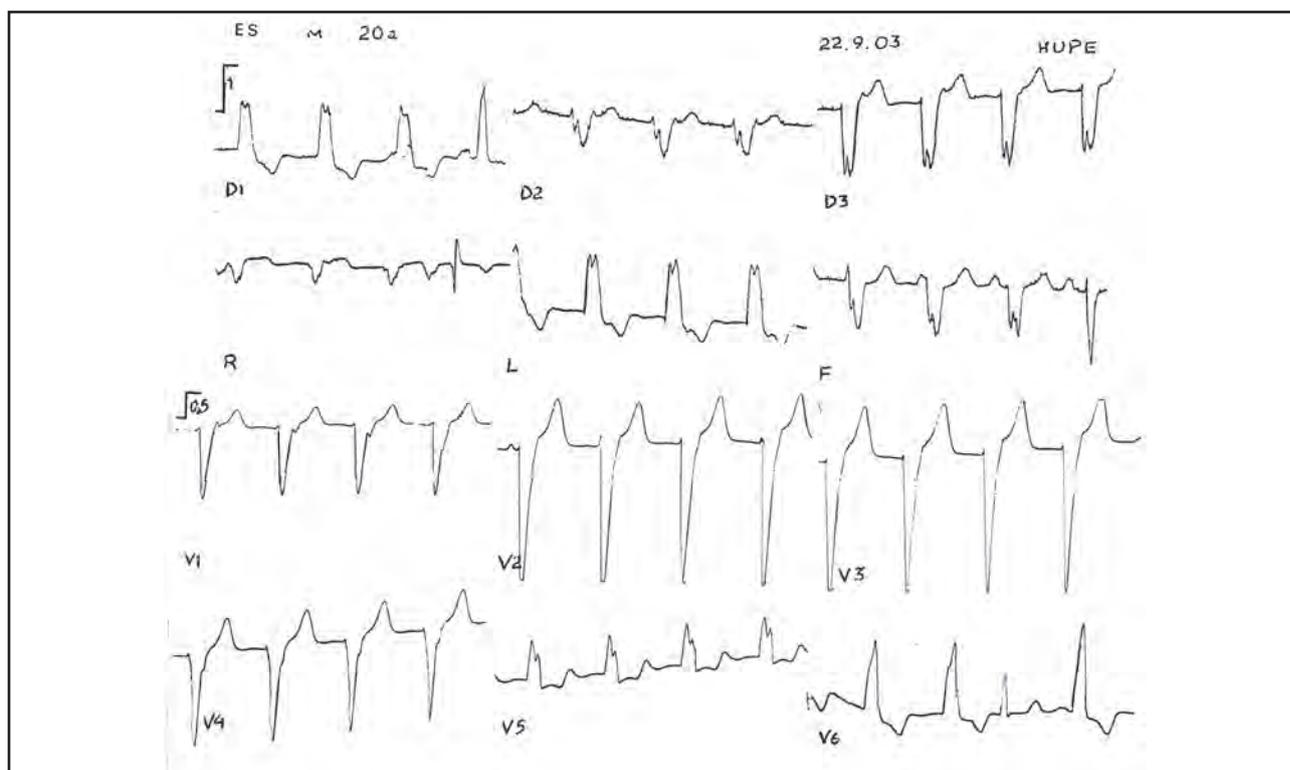


Figura 1

Arritmia por dissociação atrioventricular, com QRS alargado e frequência de 88bpm. Observar em D1, aVF e V2 ondas P dissociadas, e em D1, aVR, aVF e V6 complexos de fusão, todos caracterizando taquicardia ventricular lenta (devido à frequência).

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Correspondência: moreiracs@bol.com.br

Camila dos Santos Moreira de Souza | Rua Pereira Nunes, 390 ap. 302 – Vila Isabel – Rio de Janeiro (RJ), Brasil | CEP: 20511-120

Recebido em: 17/12/2008 | Aceito em: 23/02/2009

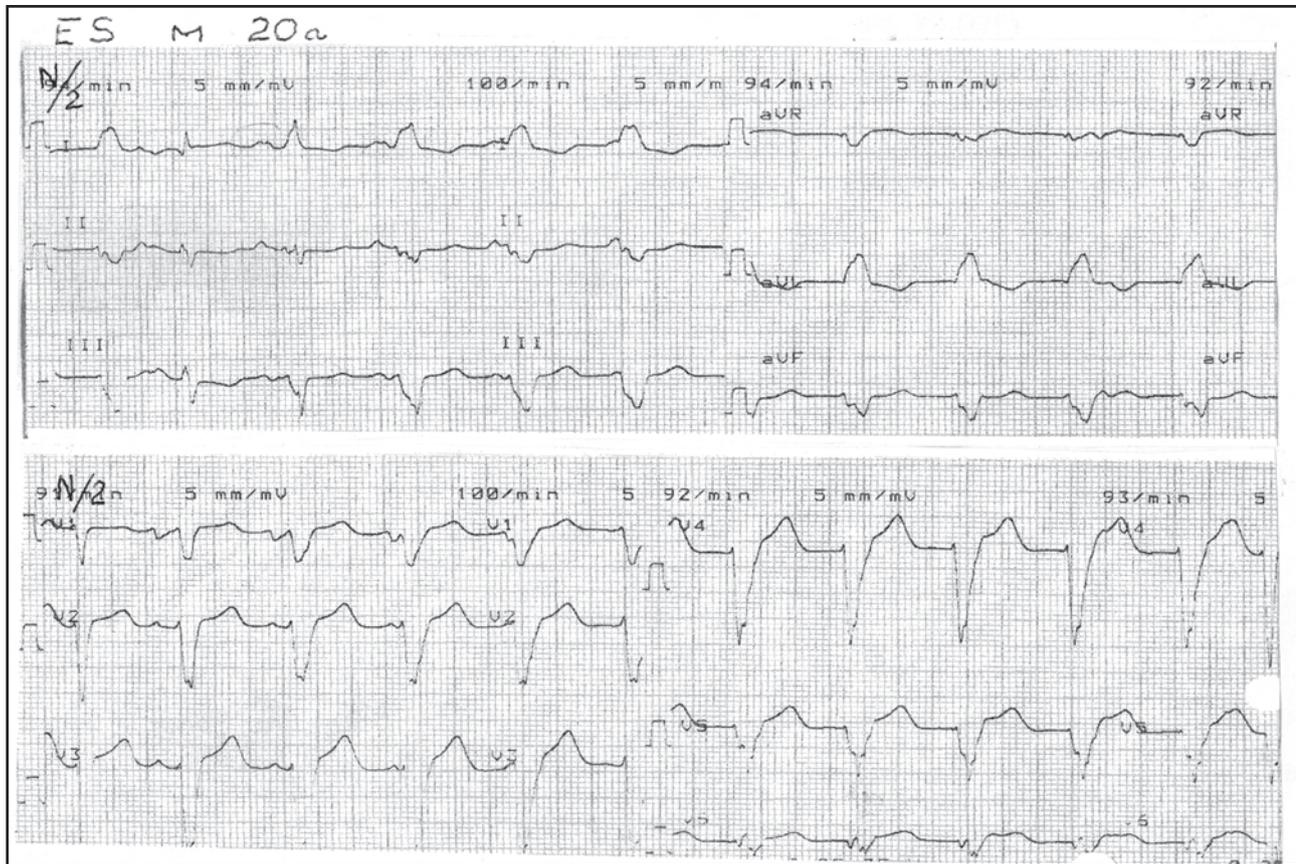


Figura 2

O mesmo ECG da figura anterior, registrado em N/2. Observar em D1, D2, D3 o alargamento sucessivo do QRS durante a dissociação A-V.

O ECG sugere arritmia por taquicardia ventricular lenta com frequência idioventricular de 94bpm, com foco de origem possivelmente situado no ventrículo direito ou septo direito baixo.

Conclusão

Taquicardia ventricular lenta.

Eletrocardiograma nº 3 (Figura 3)

O ritmo se inicia sinusal, regular, 93bpm, ÂQRS com a mesma orientação espacial dos ECG anteriores, QRS estreito, durando 0,10s. No 8º ciclo, o QRS antecipa-se e alarga-se configurando BCRE e com a mesma orientação espacial, durando 0,16s e dissociando-se das ondas P que vão desaparecendo, configurando taquicardia ventricular com frequência de 88bpm.

Ecocardiograma

Foram encontrados os seguintes dados ao ecocardiograma:

Ao 2,6cm AE 4,7cm SIV 0,9cm PPVE 0,9cm
PSAP 30mmHg VED 8,4cm VES 7,4cm FE 19%

Aumento das cavidades esquerdas; disfunção sistólica grave em repouso com hipocinesia difusa; disfunção diastólica estágio IV.

Extenso trombo mural aderido à porção apical do VE com rêmora. VCI congesta, insuficiência mitral grave, insuficiência tricúspide leve.

Holter

Ritmo idioventricular em aproximadamente 70% do período de 24 horas.

Estudos eletrofisiológicos

Em novembro de 2003, ablação de foco na região do septo médio inferior direito com sucesso.

Em julho de 2008 (na admissão ao hospital), internado por recidiva da arritmia. Feita ablação do septo médio inferior, porção mais medial, sem

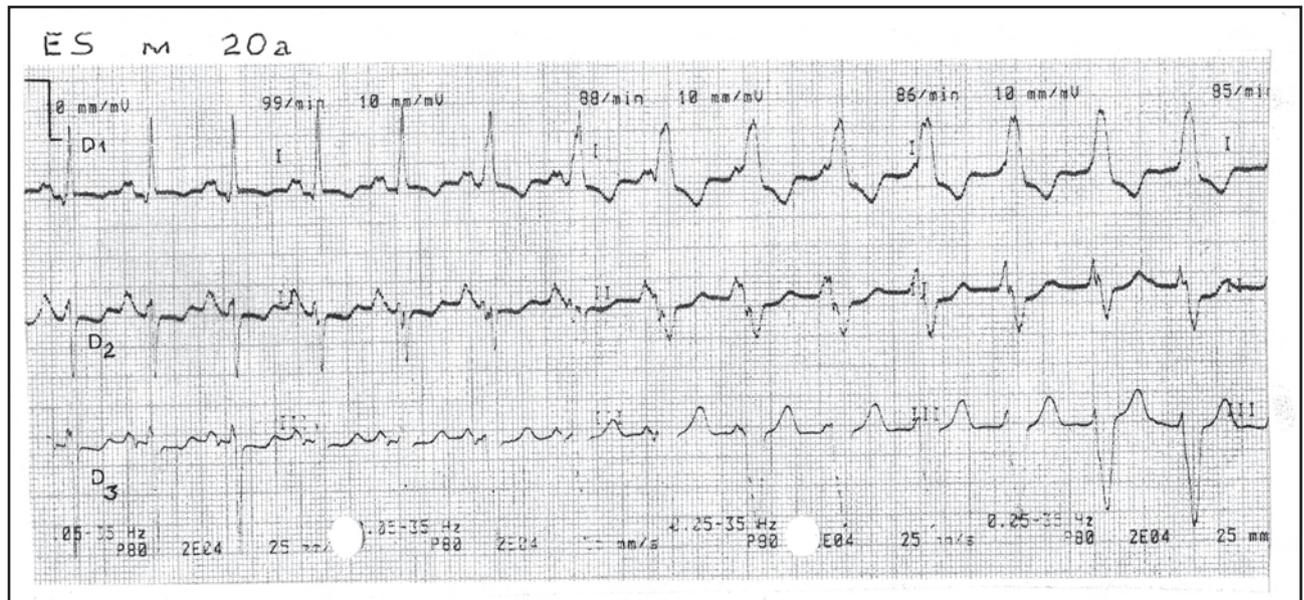


Figura 3

Derivações D1, D2 e D3 longas registradas em padronização de 1mv, mostrando as ondas P se dissociando e iniciando um surto de taquicardia ventricular.

sucesso. Na mesma época, 24 horas depois, voltou à arritmia e fez-se nova ablação, agora na área do septo inferior mais baixo, suprimindo a arritmia. Até o momento desta comunicação, o paciente mantém ritmo sinusal regular sem arritmia.

Comentários

Trata-se de provável cardiomiopatia dilatada e a apresentação deste caso destinou-se a comunicar um tipo raro de taquicardia ventricular lenta (frequência abaixo de 100bpm) cujas características mimetizam o aspecto de bloqueio completo do ramo esquerdo, com giro do eixo elétrico para a esquerda.

Como então pensar em taquicardia ventricular? A presença de dissociação atrioventricular isorrítmica (mais visível na Figura 2) e a existência de complexos de fusão deram a pista de que se tratava, realmente, de uma taquicardia ventricular lenta com frequência abaixo de 100bpm. Tais alterações elétricas resultaram no aumento do volume das cavidades cardíacas e disfunção ventricular com fator de ejeção de 19% e a sintomatologia de franca insuficiência cardíaca.

Somente após três tentativas de ablação por cateter de focos arritmogênicos localizados na região do septo interventricular inferior e anterior é que se obteve a estabilização do ritmo cardíaco sinusal com QRS estreito e frequência cardíaca normal, com expressiva melhora do quadro clínico.