

Eletrocardiograma do Mês

Grupo de Estudos em Eletrocardiografia da SOCERJ

Pseudobloqueio Atrioventricular de Terceiro Grau

Pseudo Third Degree Atrioventricular Block

Eduardo Corrêa Barbosa¹, Márcio Luiz Alves Fagundes²

Dados Clínicos

Paciente do sexo masculino, 65 anos. Queixas de cansaço aos pequenos esforços.

Eletrocardiograma 1 (Figura 1)

Observar de imediato que se trata de uma arritmia com um aparente bloqueio atrioventricular de terceiro

grau (BAV3); em D1, D2, e D3 há uma onda P precedendo o QRS, que permite identificar um eixo elétrico desviado para a esquerda e para cima (QRS positivo em D1 e negativo em D2 e D3).

Apesar da baixa voltagem do ECG, pode-se avaliar que o complexo QRS tem amplitudes e duração diferentes, o que já orienta a pensar em outros mecanismos.

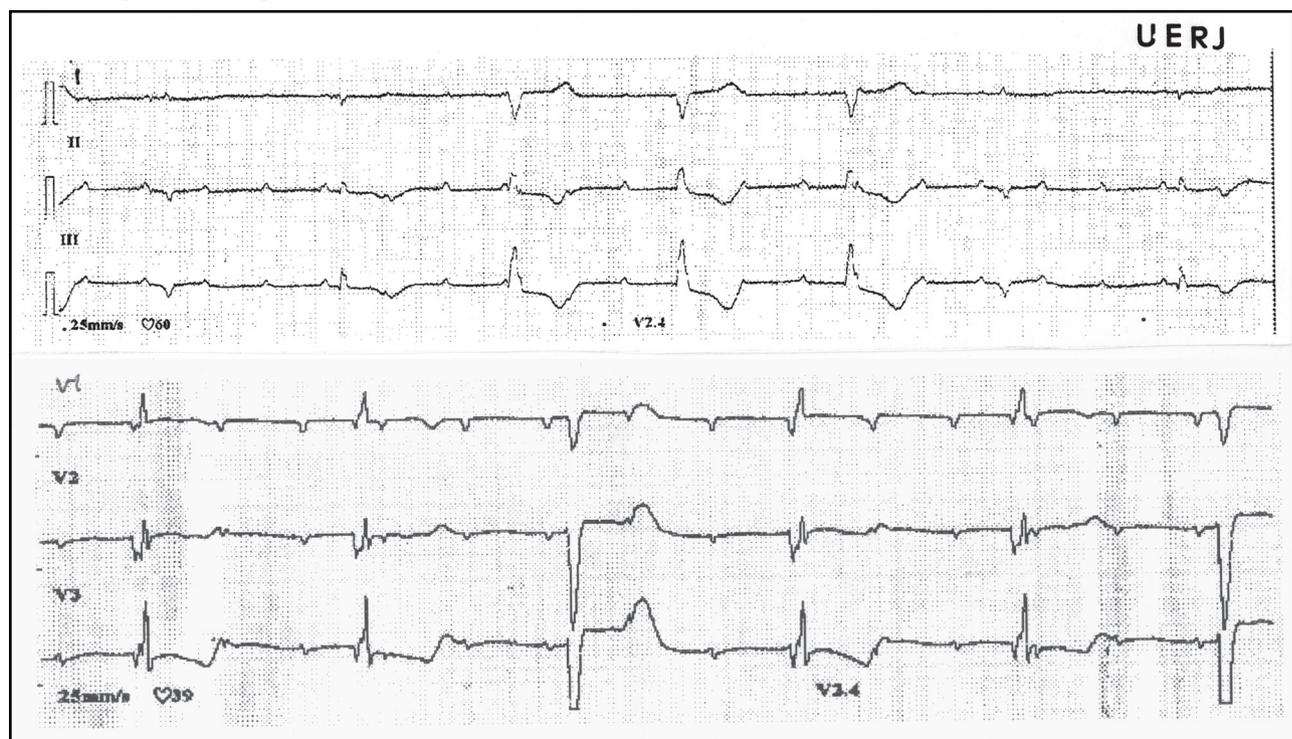


Figura 1

ECG de base. Observar várias ondas P isoladas e complexos QRS diferentes, um pseudobloqueio A-V total (derivações VR a VF e de V4 a V6 omitidas).

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

² Instituto Nacional de Cardiologia - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Bloqueio atrioventricular de segundo grau ou de segundo grau avançado? Bloqueio A-V total? Como explicar a mudança na morfologia dos complexos QRS nessa arritmia?

Eletrocardiograma 2 (Figura 2)

O primeiro QRS é de origem supraventricular com bloqueio de ramo esquerdo. O segundo QRS consiste num batimento de fusão. Os terceiro, quarto e quinto QRS são de origem idioventricular. Esta sequência se repete várias vezes, consecutivamente.

Note-se que o intervalo entre o quinto QRS (idioventricular) e o sétimo QRS (fusão) é o dobro do ciclo entre os complexos idioventriculares, o que confirma um ritmo parassistólico com bloqueio de saída. Os batimentos de fusão representam ativação

ventricular simultânea de origem supraventricular com BRE e foco parassistólico ventricular.

É interessante notar no primeiro ECG que a morfologia do QRS na parassístole é de BRD com eixo inferior (QRS positivo em D2, D3 e aVF). Em V3 o QRS é nitidamente bipartido e a primeira porção do complexo apresenta morfologia rS com deflexão intrinsecóide rápida, sugerindo que o foco se localiza em região septal anterior esquerda, possivelmente em região do fascículo anterior do ramo esquerdo¹.

Assim, é provável que, neste caso, alguns dos eventos de dissociação atrioventricular sejam decorrentes de pseudobloqueio AV por condução transeptal e ventrículo-atrial oculta. Todavia, o paciente recebeu implante de marca-passo cardíaco definitivo, já que algumas ondas P bloqueadas não podem ser explicadas por pseudo BAV, notadamente as ondas P dissociadas entre os batimentos idioventriculares.

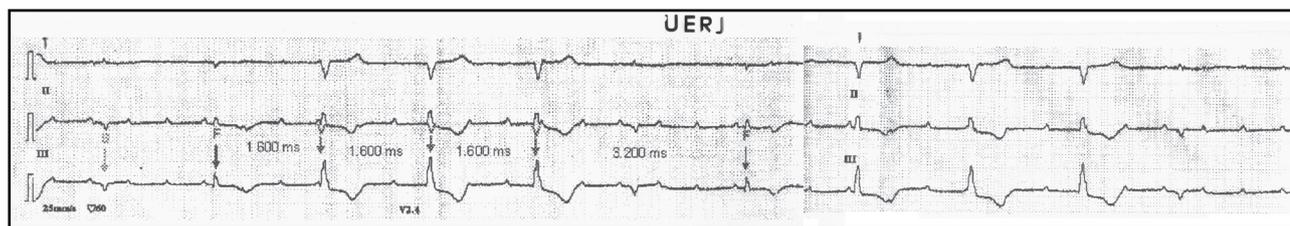


Figura 2

Observar que o primeiro QRS (negativo em D2 e D3) é de origem supraventricular; o segundo é de Fusão (F); o terceiro, o quarto e o quinto são QRS de origem idioventricular (vide texto). Esta sequência se repete várias vezes consecutivamente.

Comentários

Trata-se de um paciente com doença de Chagas, portador de um ECG de difícil interpretação, já que não apresenta os aspectos clássicos de bloqueio A-V de 2º grau avançado nem bloqueio A-V total (BAVT).

Neste caso, o bloqueio é A-V por conotação transeptal e ventrículo-atrial oculta, conforme o mecanismo exposto anteriormente e por isso um pseudo BAVT.

As características deste ECG são semelhantes às de outras arritmias complexas observadas durante a

evolução da doença de Chagas que, invariavelmente, terminam em BA-V total.

O paciente recebeu marca-passo definitivo.

Referências

1. Surawicz B, Knilans TK. Chou's, eletrocardiographia in clinical practice. 6th ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2008:417-19.