

paciente na derivação V1. O 2º traçado, na mesma derivação, mostra um período de estimulação atrial transesofágica programada, com a aplicação de 1 extraestímulo. O último traçado foi realizado durante massagem do seio carotídeo.

COMENTÁRIOS

No traçado superior o ritmo é sinusal (FC = 68 bpm). O PR, o QRS e a repolarização ventricular são normais. Não há evidência de pré-excitação ventricular (PR = 150 ms) durante a estimulação atrial direita (ritmo sinusal).

No traçado intermediário os quatro estímulos iniciais são originados por estimulação atrial esquerda transesofágica com 80 ppm. O intervalo espícula-R é normal (150 ms), o que significa que a estimulação atrial esquerda também não mostra sinais de pré-excitação anterógrada. O quinto estímulo é um extra-estímulo (acoplamento de 355 ms), o qual despolariza os átrios, sendo conduzido aos ventrículos pelo sistema de condução normal, sem pré-excitação e sem aberrância significativa. Seu intervalo espícula-R aumentou para 200 ms (comportamento normal do nó AV frente a encurtamento súbito do ciclo supraventricular), confirmando a ausência de pré-excitação ventricular, nesse momento. O discreto aumento do intervalo espícula-R foi suficiente para deflagrar uma taquicardia paroxística supraventricular, regular, com 162 bpm, QRS estreito, relação P/R 1:1, R-P < P-R e igual a 140 ms e onda P positiva em V1 e negativa em D1. Esse comportamento caracteriza uma taquicardia por reentrada atrioventricular por feixe anômalo oculto.

No traçado inferior verifica-se a reversão da

taquicardia através de massagem do seio carotídeo, a qual provocou bloqueio nodal AV (bloqueio P'-R). Logo após a reversão ocorreu uma pausa de 1508 ms, o que permitiu o aparecimento de pré-excitação ventricular no primeiro batimento pós-pausa (QRS positivo em V1, PR curto, onda T ampla e negativa). O próximo ciclo sinusal encurtou-se para 910 ms, normalizando-se o QRS e, portanto, desaparecendo a pré-excitação. Os próximos ciclos sinusais aumentaram para 988, 1004 e 957 ms, sendo que esta pequena redução na frequência permitiu novamente o surgimento da pré-excitação. Posteriormente, a frequência sinusal aumentou discretamente e a pré-excitação anterógrada desapareceu novamente, até o final do estudo.

Desta forma, o estudo eletrofisiológico transe-sofágico neste caso, mostra a presença de síndrome de Wolf-Parkinson-White intermitente, com feixe anômalo localizado à esquerda, cuja condução ventrículo-atrial origina uma taquicardia por reentrada AV, induzida e revertida repetidamente durante o estudo. A arritmia foi rapidamente identificada pelo paciente, sendo exatamente igual aos episódios espontâneos. O estudo eletrofisiológico invasivo, realizado durante o procedimento de ablação por radiofrequência para tratamento deste caso, confirmou a presença de um feixe anômalo tipo Kent, localizado à esquerda, no nível do seio coronariano médio. A condução do feixe era preferencialmente ventrículo-atrial, sendo a condução anterógrada obtida somente com estimulação no interior do seio coronariano e de forma intermitente, com ciclos longos. Neste caso, novamente verifica-se uma total superposição dos dados obtidos pelo estudo eletrofisiológico transesofágico e pelo estudo eletrofisiológico invasivo.

I SIMPÓSIO FRANCO-BRASILEIRO DE RITMOLOGIA E MARCAPASSO

II JORNADA NORTERIOGRANDENSE DE CARDIOLOGIA

2 A 5 DE NOVEMBRO DE 1994

NATAL - RN