

À propósito do: Estudo eletrofisiológico transesofágico

ADALBERTO M. LORGA*

Durante o ano de 1988 tomamos conhecimento de pelo menos quatro casos de indicação indevida de marcapassos cardíacos baseada em "estudo eletrofisiológico transesofágico". É claro que, em todos eles, o que estava errado era a conclusão, e não o método em si. Como se tivessem diagnosticado febre com o termômetro axilar marcando 36,6°C.

Por isso acho oportuno, imprescindível até, a revisão que Pachon fez do método no número anterior da **REBRAMPA**.

Além de ser o melhor e mais completo **mise-au-point** sobre o assunto, coloca-o na perspectiva adequada, não o deixando ultrapassar seus próprios limites. E praticamente não fala na sua utilização para identificar pacientes que necessitem implante de marcapassos cardíacos artificiais, o principal abuso atribuído ao método.

Para maior precisão científica, preferimos o nome **Estimulação atrial transesofágica**, mesmo porque o ventrículo só excepcionalmente será estimulado por essa via.

Concordamos que a estimulação transesofágica permite avaliação eletrofisiológica cardíaca limitada, fácil e prática. Entretanto, a expressão "estudo eletrofisiológico transesofágico", com relatório de inú-

meros índices supraventriculares, vários deles de importância duvidosa, tem se mostrado, em mãos inexperientes e pouco conhecedoras da eletrofisiologia cardíaca, causa de conclusões afoitas e incorretas. Mais uma vez, é bom que se esclareça, o erro não está no método, mas em quem o utiliza. Se colocarmos uma máquina fotográfica simples, tipo "caixão", nas mãos de um fotógrafo de qualidade, as fotos obtidas serão dignas de exposição. Enquanto, com iniciantes, serão sofríveis, mal enquadradas, sem iluminação e foco, com o objeto cortado, etc.

O "circuito de analgesia" referido ainda não mereceu publicação com observação aleatória e independente que confirmasse sua eficácia. É, teoricamente, válido e útil e, se confirmado, pode ampliar o emprego do método.

Na doença do nó sinusal, a atriestimulação transesofágica tem servido de apoio inadequado a número significativo de abusos. É raro evidenciar disfunção sinusal em quem já não se suspeitava dela. Também não está provado que a estimulação atrial, esofágica ou intracavitária, avalie com precisão a gravidade desse distúrbio. O tempo de condução sinoatrial e interatrial de há muito tem sido deixado de lado, no mundo todo, pelos eletrofisiologistas ortodoxos, pela baixa sensibi-

lidade e especificidade desses índices.

Apesar da elevada prevalência de **flutter** e fibrilação atrial espontâneas nos casos em que se consegue induzir essas arritmias, o inverso ainda não foi convincentemente demonstrado.

O diagnóstico de instabilidade atrial por provocação de **flutter** atrial sustentado ainda não tem trabalhos científicos de acompanhamento a longo prazo que confirmem seu valor para prever o aparecimento espontâneo dessa arritmia. O mesmo se pode dizer da avaliação e correlações do "tempo de condução interatrial" por estimulação transesofágica. A indução de fibrilação atrial é resposta freqüente e inespecífica (como a fibrilação ventricular na estimulação dos ventrículos). Essa indução depende muito do protocolo de estimulação empregado e não deve ser utilizada para identificar futuros casos de arritmias atriais.

Nunca é demais lembrar que o benefício do implante de marcapassos na disfunção sinusal sem arritmia ventricular grave só foi demonstrado até agora no controle de sintomas e não no prolongamento da vida. Por isso a avaliação adequada da disfunção sinusal exige gravação contínua de ECG (Holter) e, mais importante, história clínica detalha-

* Responsável pelo Setor de Arritmias e Eletrofisiologia Clínica do IMC — Instituto de Moléstias Cardiovasculares, de São José do Rio Preto, SP. Presidente do Departamento de Arritmia e Eletrofisiologia Cardíaca (DAEC) da S. B. C.

da. O ideal seria ter documentação da simultaneidade sintomas/bradicardia.

Na avaliação da condução AV está o único ponto de discordância. Nossa experiência de mais de 16 anos em estimulação atrial intracardíaca concomitante a registro do potencial de His não dá consistência às afirmações que "estas respostas, quando acontecem em frequências abaixo ou iguais a 160 ppm, são altamente sugestivas de lesões baixas do sistema de condução, principalmente se permanecem após a atropina". Com exceção talvez da alternativa de ondas P sucessivas bloqueadas após um período de estimulação atrial. E não há, até agora, literatura disponível a favor dessas assertivas. Nas palavras do autor, "estamos aguardando conclusões definitivas". O problema é que já existe quem esteja tirando conclusões, baseando-se apenas nessas observações não comprovadas e, no mínimo, polêmicas, para indicar marca-passo definitivo. Todos que lidam com estudos eletrofisiológicos intracardíacos podem atestar que não são raros os casos com as características enumeradas que tenham bloqueio situado no nó AV. Em nossa opinião, esses comportamentos da condução AV frente à estimulação atrial transesofágica são realmente atípicos e devem trazer **suspeita** de bloqueio no sistema His-Purkinje tornando imprescindível a realização do estudo eletrofisiológico intracardíaco para comprovação. Isto é necessário mesmo em pacientes com sintomas sugestivos, mas sem documentação de bloqueio AV de 2º ou 3º graus.

Exatamente o mesmo se pode dizer da associação bloqueio AV de 1º grau, QRS largo, ponto de Wenckebach normal e síncope e tonturas. É largamente conhecido que a prevalência de bloqueio trifascicular é elevada nesses pacientes sintomáticos, independentemente do ponto de Wenckebach. O teorema de

Bayes explica isso. O problema, mais uma vez, é que os inexperientes poderão se basear mais no ponto de Wenckebach (às vezes realizado incorretamente) que na avaliação anamnésica adequada dos sintomas e indicar marca-passo em pacientes com o bloqueio situado no nó AV. Por isso, em todos esses casos, ainda não estamos convencidos de que a atrioestimulação transesofágica acrescente sensibilidade ou especificidade à decisão puramente clínica. Só o estudo intracardíaco nos provará isso, aportando ou não no "até que se prove o contrário" do autor.

O ponto alto do trabalho de Pachon está no capítulo das taquicardias supraventriculares, onde a estimulação atrial transesofágica atinge o máximo como método auxiliar diagnóstico e terapêutico. Ele destaca minuciosamente e adequadamente a contribuição que a eletrocardiografia intra-esofágica traz, identificando e localizando com precisão satisfatória a onda P. Esta onda, tão difícil de ver em traçados convencionais dessa arritmia, é indispensável para a correta identificação dos mecanismos envolvidos, conforme os trabalhos definitivos da escola holandesa (Wellens e Brugada). E associa essa identificação e localização à estimulação programada do átrio para a correta avaliação e tratamento da maioria das taquicardias supraventriculares. Realmente, por sua grande simplicidade e satisfatória confiabilidade, a estimulação atrial tem se tornado o método de escolha para a abordagem inicial desse problema.

Também nas taquicardias por vias acessórias, manifestas (síndrome de Wolff-Parkinson-White) ou não, a estimulação transesofágica revelou-se muito útil, como bem detalha o autor. Pode ser útil até mesmo naqueles casos de síncope por fibrilação atrial paroxística com condução rápida pela via anômala, que apresentam ECG basal normal, pois a estimulação atrial evidenciará a pré-

excitação, quase sempre lateral esquerda.

Também temos utilizado o método para a conversão da maioria das taquicardias supraventriculares e **flutter** atrial lento ou alentecido por drogas. Entretanto, achamos que ele só deve ser utilizado terapêuticamente por profissional com sólidos conhecimentos em ritmologia e eletrofisiologia clínica e experiente em estimulação transesofágica. Por isso ainda descremos da universalização do método como opção terapêutica. Mas o achamos superior a drogas e cardioversão para taquicardias supraventriculares por reentrada.

Nas taquicardias ventriculares a utilidade da estimulação transesofágica é limitada, exatamente por só atingir os átrios. Entretanto pode auxiliar, e muito, no diagnóstico diferencial das taquicardias de QRS largo: identificando a onda P, a correlação P: QRS, evidenciando dissociação AV ou bloqueios AV, espontâneos ou provocados por massagem do seio carotídeo ou drogas.

Por último, aliado a outras avaliações, o marca-passo esofágico tem nos auxiliado muito na seleção do modo de estimulação a ser empregado, **após** a indicação de marca-passo cardíaco artificial. Com sua ajuda poderemos escolher com mais segurança entre marca-passo atrial exclusivo, atrioventricular (DDD) ou ventricular.

Um gráfico que apresentamos no Congresso Paulista de Cardiologia, em julho de 1988, em Ribeirão Preto, resume nossa opinião sobre a utilidade da estimulação atrial transesofágica. É qualitativo, mas baseado na experiência pessoal e estudo contínuo da literatura publicada sobre o assunto. Claro que nem todos concordarão com esses números e com essa experiência, mas acreditamos na utilidade de sua apresentação. Principalmente para discussão franca e aberta com a comunidade.

Em suma, nessa revisão extensa e de elevado gabarito, Pachon supre uma lacuna na nossa literatura sobre esse recente e acessível método

diagnóstico e terapêutico. Em mãos prudentes, é auxílio inestimável ao cardiologista, além de barato. O perfeito conhecimento de suas apli-

ções e limitações, porém, é indispensável para que todos que pretendam utilizá-lo na prática diária, não cometam erros ou abusos.

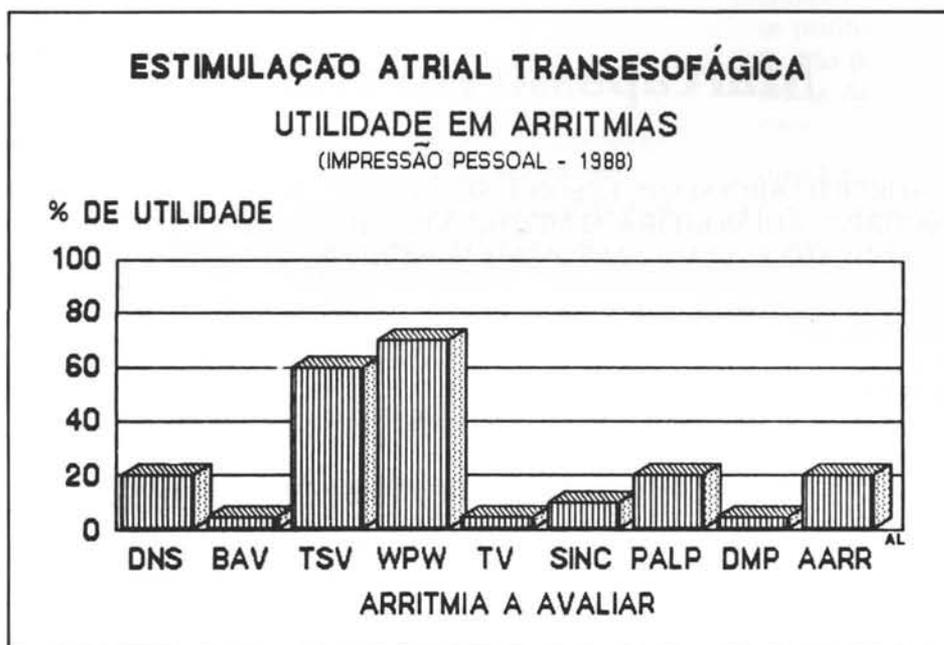


Fig. 1 — Utilidade da estimulação atrial transesofágica na prática diária, baseada na experiência qualitativa pessoal e na literatura: DNS = doença do nó sinusal; BAV = bloqueios atrioventriculares; TSV = taquicardias supraventriculares; WPW = síndrome de Wolff-Parkinson-White; TV = taquicardia ventricular; SINC = síncope; PALP = palpitações; DMP = disfunção de marcapasso; AARR = antiarrítmicos.