

Cardioestimulação Transesofágica

José Tarcísio Medeiros de VASCONCELOS, Silas dos Santos GALVÃO FILHO,
Stela Maria Vitorino SAMPAIO, Elizabeth de Souza SANTOS, Jorge Francisco da SILVA FILHO,
Fernando Luiz S. Correia LIMA(*)

Reblampa 78024-96

Taquicardia por reentrada nodal com bloqueio atrioventricular transitório

H.P.C.M., sexo feminino, 45 anos de idade, com história de palpitações taquicárdicas de longa data.

O eletrocardiograma de 12 derivações apresentava-se dentro dos padrões de normalidade, com ritmo sinusal, frequência cardíaca de 77 ppm, intervalo PR de 140 ms, sem sinais de pré-excitação ventricular.

Foi submetida à cardioexploração eletrofisiológica transesofágica (Cete), na ausência do uso de fármacos anti-arrítmicos. Não houve evidência de pré-excitação ventricular frente à estimulação atrial pro-

gressiva ou programada. Foi demonstrada descontinuidade na curva de retardo atrioventricular do estímulo, caracterizando a existência de dupla via nodal (Figura 1). Foram induzidos vários episódios de taquicardia supraventricular, ocorrendo ora com relação AV 1:1, ora com bloqueio AV 2:1 transitório. Esta última situação seguia-se à indução da taquicardia, mantinha-se por alguns segundos e resolvia-se espontaneamente com a transição abrupta da relação AV para o padrão 1:1, ocorrendo concomitante duplicação da frequência cardíaca (Figura 2) e onda P sobre R, R,

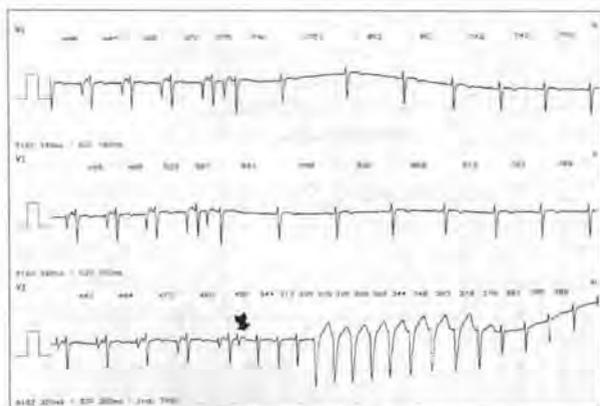


Figura 1 - Estimulação programada atrial esofágica - Introdução de extra-estímulos com encurtamento progressivo do acoplamento em decréscimos de 10ms, sob um ciclo-base fixo de estimulação - A introdução de 1 extra-estímulo com acoplamento de 320ms é acompanhada por um "jump" de 100ms no intervalo PR, com subsequente indução de taquicardia supraventricular.

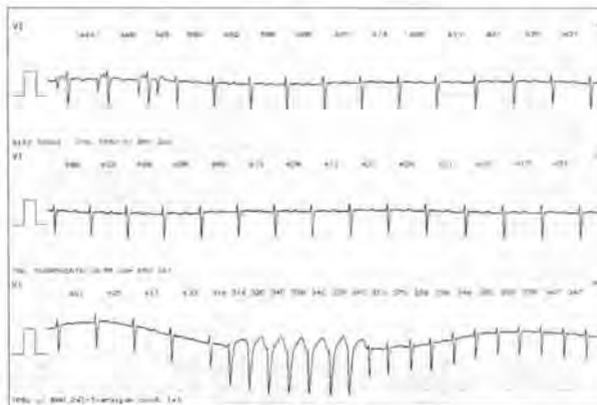


Figura 2 - O emprego de 1 extra-estímulo, com acoplamento de 310ms, é seguido pela indução de taquicardia supraventricular com bloqueio AV 2:1 - Uma onda P é claramente visível no traçado - A segunda onda P cai sobre a fase final do complexo QRS, gerando um ângulo reto na transição entre o QRS e o segmento ST - No traçado inferior é observada uma transição abrupta do padrão de condução AV de 2:1 para 1:1, com duplicação da frequência ventricular, acompanhada de bloqueio momentâneo de ramo esquerdo na fase 3.

(*) Médicos da Clínica de Ritmologia Cardíaca - Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo.
Endereço para correspondência: Rua Maestro Cardim, 1041 - CEP: 01323-001 - SÃO PAULO - SP.

demonstrada na derivação esofágica. A inductibilidade da taquicardia por extra-estímulos correlacionava-se com a presença de um "delay" AV crítico, sempre situado na faixa de intervalos de acoplamento subsequentes ao "jump".

DISCUSSÃO

Uma das características mais marcantes da taquicardia por reentrada nodal é o fato de que tanto os átrios como os ventrículos são elementos eletricamente passivos durante sua ocorrência, pois a mesma é gerada por um circuito puramente intra-nodal. Desta forma, é possível a manutenção do mecanismo reentrante na presença de bloqueio atrioventricular ou ventrículo-atrial.

A presença de bloqueio **ventrículo-atrial** durante a taquicardia AV nodal é um achado extremamente raro; nesta circunstância a ativação ventricular é feita a cada circunvolução do impulso reentrante, porém a ativação atrial a partir do braço retrógrado do circuito dá-se numa relação diferente de 1:1, em decorrência de um transtorno de condução parcial ou total existente entre o circuito e o miocárdio atrial. Por outro lado, a presença de bloqueio **atrioventricular** durante a taquicardia AV nodal é um achado mais frequente, ocorrendo em 10% das taquicardias induzidas. Neste caso, a ativação atrial retrógrada é feita a cada circunvolução do impulso reentrante, sendo que a

ativação dos ventrículos a partir do braço anterógrado do circuito ocorre numa relação diferente de 1:1, em função da existência de um bloqueio parcial ou total, habitualmente transitório, no próprio nódulo AV abaixo do circuito, no feixe de His, ou nas próprias ramificações do feixe de His.

No caso em questão, 3 observações fundamentais sugerem fortemente o diagnóstico de taquicardia por reentrada nodal do tipo lento-rápida, com bloqueio AV 2:1 transitório:

1) caracterização de dupla via nodal pela demonstração do comportamento "dual" da junção AV frente à estimulação programada atrial.

2) correlação de inductibilidade da taquicardia com intervalos AV críticos situados sempre na faixa subsequente ao "jump".

3) observação de P sobre R durante a taquicardia, quando em relação AV 1:1.

A possibilidade de uma taquicardia atrial primária reentrante é bastante remota, tendo em vista a inexistência de uma cardiopatia estrutural (onde este tipo de taquicardia é mais frequente) e a nítida correlação de indução da mesma com um retardo AV crítico, demonstrando que a junção AV é um elemento ativo no seu mecanismo de perpetuação e não uma expectadora inocente dos eventos elétricos atriais.

XII CONGRESSO BRASILEIRO DE ARRITMIAS CARDÍACAS

DEPARTAMENTO DE ARRITMIAS E ELETROFISIOLOGIA CARDÍACA

Daec

BRASÍLIA

29/11 A 02/12/95