

Qual o Diagnóstico?

APRESENTAÇÃO DO CASO

Os traçados abaixo foram obtidos em monitorização eletrocardiográfica de longa duração pelo sistema Holter.

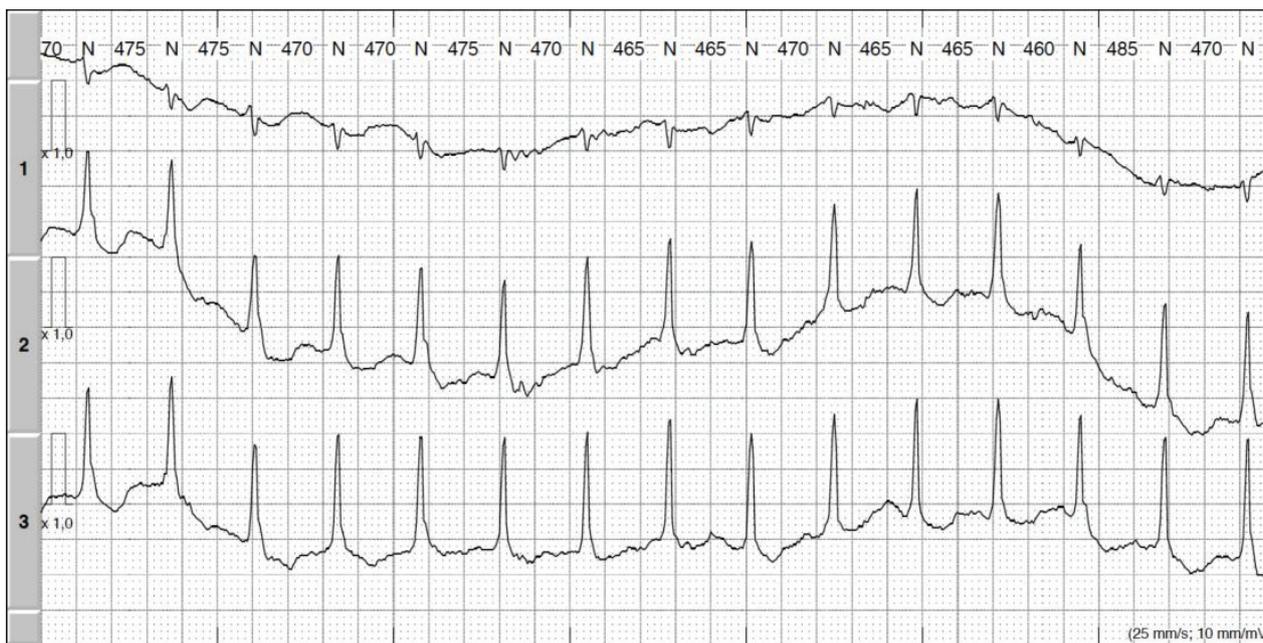


Figura 1. Traçados em 3 canais de um momento da monitorização eletrocardiográfica de 24hs.



Figura 2. Traçados do mesmo exame obtidos em outro momento.



Figura 3. Desmascaramento do ritmo cardíaco após queda da frequência cardíaca.

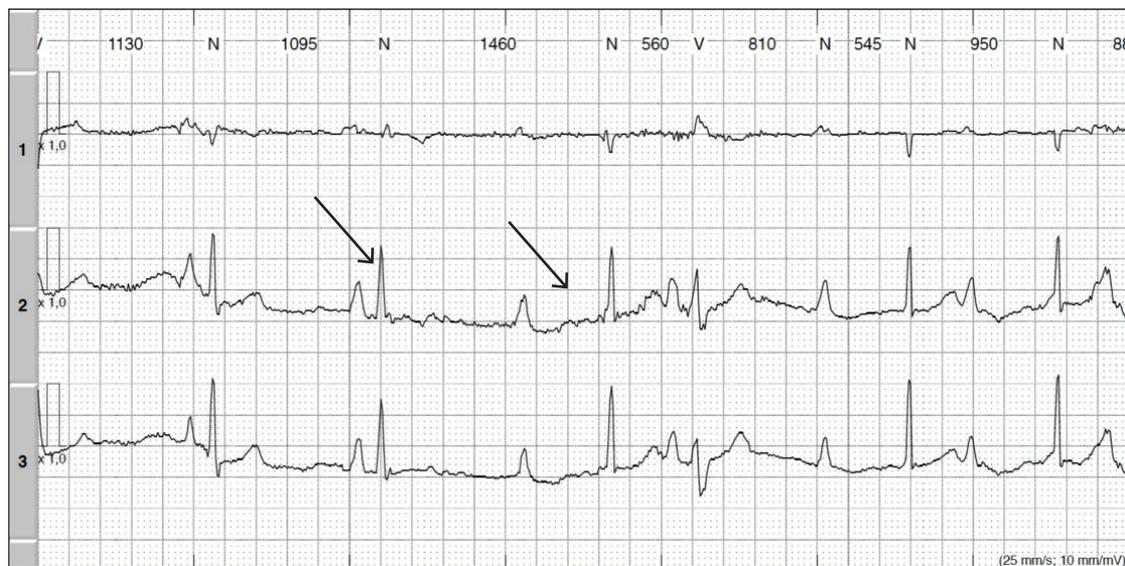


Figura 4. Caracterização eletrocardiográfica de comportamento do tipo dupla via nodal.

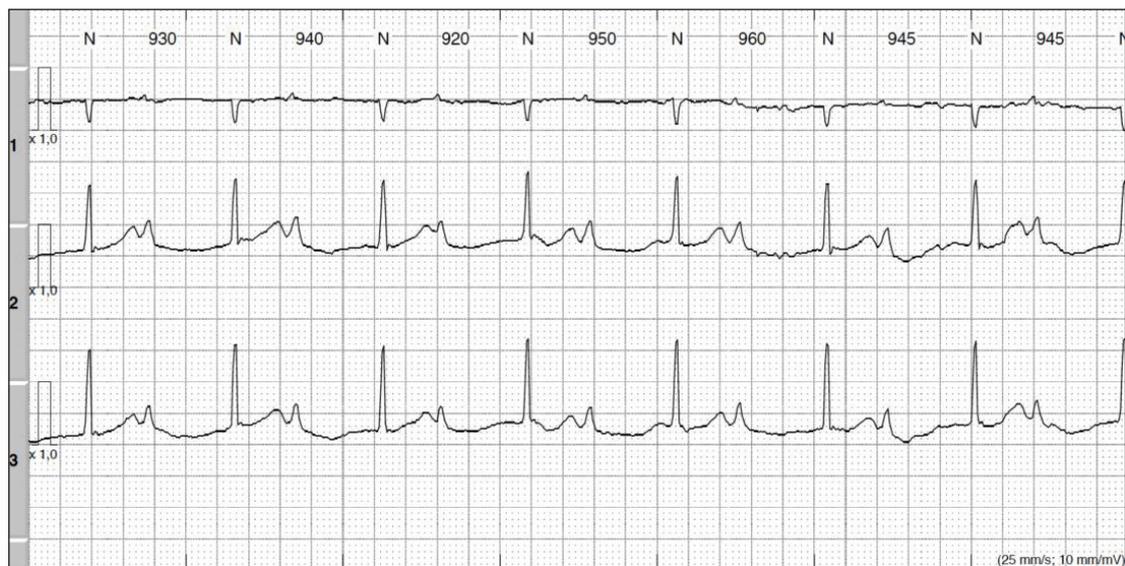


Figura 5. Ritmo sinusal com bloqueio AV de primeiro grau e PR ultra-longo.

DISCUSSÃO

Na Fig. 1 observa-se uma taquicardia de complexos QRS estreitos, regular, com ciclo de 470 ms, na qual a presença de ondas P não pode ser caracterizada no eletrocardiograma. Diversas possibilidades diagnósticas podem ser inferidas pela análise exclusiva desse traçado, desde taquicardia supraventricular reentrante, como taquicardia por reentrada nodal por exemplo, até taquicardia juncional não paroxística. Na Fig. 2 percebe-se que, apesar da persistência de taquicardia, existe o aparecimento de “alargamento” dos complexos QRS. Na Fig. 3 fica claro que aquilo que na Fig. 2 aparentava ser um componente determinante de “alargamento” dos complexos QRS (simulando um distúrbio de condução intraventricular), na verdade corresponde a outro evento elétrico independente, ou seja, ondas P, que se desacoplam da despolarização ventricular, em um ciclo idêntico ao ciclo próprio da taquicardia. Poder-se-ia inferir a presença de duas taquicardias independentes, uma taquicardia juncional e uma taquicardia sinusal, ocorrendo nesse momento na presença de dissociação atrioventricular (AV) isorrítmica. Contudo os ciclos similares pressupõem a necessidade de caracterização de relação de interdependência recíproca de eventos em uma monitorização mais prolongada. Isso fica claro nas Figs. 4 e 5 obtidas em momentos distintos. Na Fig. 4, percebe-se um ritmo sinusal com condução AV preservada em relação 1:1 e intervalo PR normal (160 ms) nos dois primeiros ciclos. No terceiro ciclo ocorre um prolongamento abrupto do intervalo PR (560 ms), caracterizando de forma clara a presença de dupla via nodal AV (setas): ocorrência de bloqueio de condução na via rápida (via beta) por ser atingida em seu período refratário e ativação ventricular exclusiva por uma via lenta (via alfa) com bloqueio AV de primeiro grau de grande magnitude (intervalo PR 560 ms). O terceiro complexo corresponde a uma extra-sístole ventricular. Na Fig. 5 observa-se momento de ritmo sinusal com persistência do importante bloqueio AV de primeiro grau.

Assim, é evidente que os traçados expostos nas Figs. 1-3 correspondem de fato à taquicardia sinusal em relação de enlace AV 1:1 com bloqueio AV de primeiro grau de tão grande magnitude que as ondas P chegam a se inscrever dentro dos complexos QRS precedentes quando o ciclo sinusal se iguala ao próprio intervalo PR (Fig. 1). O elemento eletrofisiológico determinante desse fenômeno é a presença de dupla via nodal AV em que a condução pela via beta é precária, havendo ativação ventricular preponderante pela via alfa.

São descritas na literatura circunstâncias clínicas em que as sístoles atriais ocorrendo com as válvulas atrioventriculares fechadas determinam sintomas de insuficiência cardíaca e a presença das clássicas ondas A em canhão no pulso venoso jugular^{1,2}. Essa corresponde à chamada “pseudo-síndrome do marcapasso” (ou síndrome do marcapasso sem marcapasso), sendo uma das poucas situações de indicação de implante de marcapasso definitivo de dupla câmara no bloqueio atrioventricular de primeiro grau supra-hisiano³, visando proporcionar uma sincronização temporalmente adequada das sístoles atrial e ventricular, eliminando os sintomas decorrentes.

REFERÊNCIAS

1. Kim YH, O'Nunain S, Trouton T, Sosa-Suarez G, Levine RA, Garan H, et al. Pseudo-pacemaker syndrome following inadvertent fast pathway ablation for atrioventricular nodal reentrant tachycardia. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 1993;4(2):178-82. <https://doi.org/10.1111/j.1540-8167.1993.tb01221.x>
2. Barold SS, Ilercil A, Leonelli F, Herweg B. First-degree atrioventricular block. Clinical manifestations, indications for pacing, pacemaker management & consequences during cardiac resynchronization. *J Interv Card Electrophysiol.* 2006;17(2):139-52. <https://doi.org/10.1007/s10840-006-9065-x>
3. Kusumoto FM, Schoenfeld MH, Barrett C, Edgerton JR, Ellenbogen KA, Gold MR, et al. 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the evaluation and management of patients with bradycardia and cardiac conduction delay. *J Am Coll Cardiol.* 2019;74(7): e51-e156. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.10.044>

AUTORES

Julio Cota Pacheco^{1,*}, Beatriz Silvestre Knust¹, Jonas Paes Leme¹, Hercilia Soares C. Arroyo dos Santos¹

Pacheco JC  <https://orcid.org/0000-0003-4934-4659>

¹.Clínica Cota Pacheco – Mogi das Cruzes (SP) – Brasil.

*Autor correspondente: jcota@uol.com.br