

Estudo Eletrofisiológico Transesofágico

José Carlos PACHÓN MATEOS^(*)

REBRAMPA 78024-28

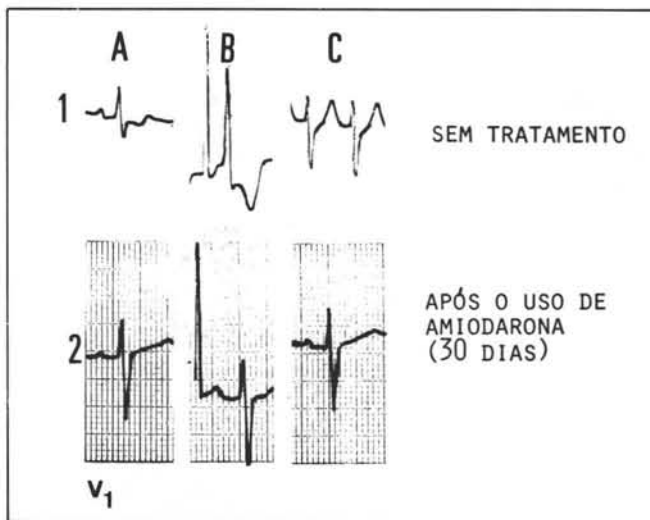


Figura 1 M.A.S. - 19 anos, normolínea - Palpitações freqüentes com crises de taquicardia sustentada. Derivação V1 - A) ritmo de base, em repouso; B) complexo comandado por estimulação atrial transesofágica e C) ritmo após tentativa de indução de taquicardia com estimulação atrial transesofágica programada e progressiva. 1) antes do tratamento e 2) após tratamento farmacológico com amiodarona 400 mg/dia durante 30 dias.

COMENTÁRIOS

Em 1A verifica-se um complexo QRS de origem sinusal em condições basais. O PR tem duração normal de 150 ms; no entanto a onda R é alta, com relação R/S > 1. Este comportamento pode ocorrer na hipertrofia ventricular direita, na estenose subaórtica hipertrófica, no enfarte posterior e na síndrome de Wolff-Parkinson-White de localização posterior ou lateral esquerda. Um dos exames complementares de extrema valia que pode ser usado no esclarecimento definitivo deste quadro clínico é o estudo eletrofisiológico transesofágico. Neste caso, o complexo 1B é originado por comando atrial transesofágico. Verifica-se inicialmente a espícula, seguida da onda P comandada, a qual é conduzida

aos ventrículos. No entanto ocorreu redução significativa do PR (PR = 120 ms), aumento acentuado da onda R e da onda T, com acentuada positividade da primeira e negatividade da segunda. Este complexo já é suficiente para fazer o diagnóstico diferencial. Trata-se da síndrome de WPW com feixe localizado na região pósterolateral esquerda e período refratário efetivo anterógrado de 330 ms (determinado pela Cete). Como a estimulação transesofágica ativa primeiro o átrio esquerdo, a ativação elétrica atinge precocemente a região do feixe anômalo, descendo rapidamente por essa estrutura, despolarizando de forma ectópica grande parte dos ventrículos. Isto explica a grande aberrância observada no complexo 1B ("Super-Wolff"). O contrário ocorre durante o ritmo sinusal,

(*) Responsável pela Seção de Marcapasso do Serviço de Estimulação Cardíaca do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.
Av. Dante Pazzanese, 500 - Ibirapuera - CEP: 04012-180 - São Paulo - SP - Brasil - Fone: (011) 549.1144 - Ramal 161 - Caixa Postal 215.

pois a ativação inicial no átrio direito captura grande parte dos ventrículos pelo sistema de condução normal, reduzindo a aberrância ocasionada pelo WPW (em alguns destes casos, inclusive, o WPW é inaparente). No WPW esquerdo, a Cete com frequência baixa potencializa a onda delta e no WPW direito, a Cete reduz ou elimina a inscrição dessa mesma onda. Este comportamento é típico e patognomônico da síndrome de WPW, eliminando as outras possibilidades no diagnóstico diferencial. Em 1C verifica-se a indução de taquicardia paroxística supraventricular, através da Cete, do tipo ortodrômica, com 171 ppm de frequência (350 ms de ciclo). Nesta taquicardia o estímulo desce por vias normais e retorna aos átrios pelo feixe anômalo. O QRS se normaliza pois, durante a arritmia, o feixe anômalo está conduzindo retrogradamente e não participa da despo-

larização ventricular. A análise do QRS durante a taquicardia induzida pela Cete também colabora no diagnóstico diferencial. No enfarte posterior, na hipertrofia ventricular direita e na estenose subaórtica por hipertrofia septal, as alterações do QRS não desaparecem durante uma taquicardia supraventricular. Nestes casos também, o QRS não se altera com estimulação atrial esquerda ou direita.

Após uso de amiodarona, observa-se em 2A a normalização do QRS sinusal com aumento do PR para 160 ms. Em 2B, o complexo QRS originado por comando atrial transesofágico também é normal e em 2C, o ritmo sinusal se mantém, não sendo possível induzir taquiarritmias atriais com a estimulação. Este comportamento se deve ao fato de ter ocorrido bloqueio farmacológico do feixe anômalo, induzido pela amiodarona.

III CURSO AVANÇADO DE CARDIOLOGIA DO NORDESTE

**13 E 14 DE MAIO DE 1993
TROPICAL HOTEL TAMBAÚ
JOÃO PESSOA - PB**