

Editorial: Átrio... herói ou vilão?

JOSÉ CARLOS PACHÓN MATEOS*

No VII Simpósio Nacional do DECA, realizado em São Paulo no dia 8 de maio último, incluímos este tema com o objetivo de chamar a atenção para o papel do átrio na estimulação cardíaca moderna. Estamos plenamente convencidos de que o átrio não ajuda tanto quanto pode prejudicar, e, por isso mesmo seu papel não pode ser desmerecido. Frequentemente é o divisor entre o bom e o mau resultado na estimulação cardíaca artificial. Da mesma forma que o átrio pode ser um problema para o marcapasso de dupla câmara, com sede de taquiaritmias conduzidas ou o elo nas mediadas, também o é para o marcapasso VVI na desagradável síndrome do marcapasso e como origem de tromboembolismo.

Apesar da natureza tê-lo preservado durante milhões de anos o átrio não parece essencial à vida. Certamente, deve ter precipitado a morte de muitos ancestrais portadores de pré-excitação, através da instalação de fibrilação atrial e/ou das taquicardias afins. Nesse sentido pode ter desempenhado papel fundamental e decisivo no aperfeiçoamento natural da estabilidade elétrica ventricular e na criação do nó AV. Seguramente o fato de ser a sede do nó sinusal e de marcapassos subsidiários deve ter influenciado sua permanência nos atuais mamíferos. Além disso, trata-se de uma câmara de complacência que contribui significativamente para ajustes imediatos do retorno venoso nos animais de sangue quente, tendo em vista que sua distensibilidade repre-

senta um sensor de excelência para a autoregulação intrínseca da frequência cardíaca e até para fenômenos de natureza endócrina, reguladores do volume circulante.

Muitos são os trabalhos que mostram ser a contribuição atrial tanto menor quanto maior a frequência cardíaca. Isto significa que sua atividade mecânica não é importante para aumentar o débito cardíaco durante o esforço físico, argumento fundamental para os que defendem os marcapassos ventriculares com resposta de frequência. Acontece, no entanto, que apesar do átrio não ser essencial para a manutenção da vida, trata-se de estrutura indispensável para o "bem-estar", principalmente durante o repouso, que corresponde a não menos do que 80% do cotidiano de uma pessoa comum.

Consideramos que a forma atual de se abordar o papel do átrio na estimulação cardíaca deve ser revista e redirecionada. A maioria dos trabalhos científicos a respeito de estimulação VVIR, menosprezam o átrio por não se convencerem de sua contribuição hemodinâmica, esquecem no entanto, de apontar o grave quadro clínico que surge quando o átrio trabalha contra o paciente, apesar de sua suposta insignificância. O grande problema não é quanto o átrio pode ajudar, mas sim **quanto pode incomodar...** O exemplo mais típico desta situação é a chamada síndrome do marcapasso. Este problema, cujas implicações vão desde uma discreta palpitação até uma grave insuficiência cardíaca

ou tromboembolismo fatal, representa somente a ponta do **iceberg**, pois entre o paciente bem adaptado e o portador de franca síndrome do marcapasso existe uma gama de pacientes mal-servidos pela estimulação cardíaca, frequentemente não diagnosticados, que geralmente estão conformados por terem resolvidos seus sintomas maiores, não obstante estarem longe da fisiologia normal. Estas pessoas, conforme as felizes palavras do Dr. Décio Kormann, "vivem com o átrio asfíxiado", apresentando risco de tromboembolismo até 3 vezes maior do que aquelas com sincronismo AV.

A extensão do problema é mais evidente tendo-se em vista que a disfunção hemodinâmica, sintomática ou não, surge em decorrência de: sincronismo AV invertido, falta de sincronismo AV, ou sincronismo AV inadequado. As duas primeiras situações são comuns na clássica "síndrome do marcapasso" com e sem condução VA, facilmente identificáveis. A terceira situação, no entanto, é de diagnóstico mais difícil, mesmo porque ocorre em pacientes que aparentemente apresentam sincronismo AV, com ou sem marcapasso, tais como: a pré-excitação ventricular, o bloqueio AV de primeiro grau com intervalo PR muito longo e, finalmente, em determinados casos da estimulação cardíaca bicameral. Este último exemplo ocorre em portadores de marcapasso AV seqüencial com bloqueio interatrial. Nestes casos, durante períodos de estimulação atrial direita, a ativação atrial esquerda

retardada provoca a contração atrial esquerda junto à contração do ventrículo esquerdo, reproduzindo hemodinamicamente o mesmo distúrbio que acompanha a síndrome de pré-excitação ventricular esquerda, ou mesmo da síndrome do marcapasso. Estes pacientes, além do prejuízo hemodinâmico, também apresentam uma tendência à ocorrência da fibrilação atrial.

Os portadores de marcapassos ventriculares, os casos de bloqueios AV de 1º grau com P muito longo, aqueles com síndrome de pré-excitação e os portadores de marcapassos AV seqüenciais mal-programados (principalmente com intervalo AV curto) representam um grupo de pacientes desamparados no que diz respeito a homeostase hemodinâmica. Tais pacientes além de sintomas,

apresentam risco maior de fibrilação atrial e, por consequência, de tromboembolismo. Uma pequena convivência com este grupo de pessoas nos convence rapidamente destas assertivas.

Conclui-se dessa forma que o átrio apesar de não ser um "herói", quando bem posicionado no ciclo cardíaco funciona como um "bom companheiro". Entretanto, transforma-se num terrível "vilão" quando o paciente é sensível à falta de sincronismo AV. O grande desafio da estimulação cardíaca atual é identificar esses pacientes antes do implante de marcapasso mesmo porque o maior benefício do marcapasso bicameral não é simplesmente restaurar a contribuição hemodinâmica atrial ou o cronotropismo, mas, principalmente impedir que o

átrio se transforme num estorno. Podemos dizer que a perícia do profissional da área será tanto maior quanto menor o número de "síndromes do marcapasso" sem que haja excesso de indicações de marcapassos bicamerais.

Parece pretencioso e inoportuno abordar a importância do uso racional dos marcapassos bicamerais numa época em que falta até mesmo o obsoleto VVI. No entanto, temos a certeza de que a solução para este problema está muito próxima, pois ao mesmo tempo que estamos vivendo a pior crise da especialidade, surge a maior oportunidade para resolvê-la, considerando o privilégio de ter o prof. Dr. Adib Jatene como atual ministro do Estado da Saúde, e que, além de todas as qualidades que reúne, foi também pioneiro da estimulação cardíaca em nosso País.