

Qual o Diagnóstico?

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente mulher, 54 anos, com queixas de palpitações esporádicas, sem uso de medicações e com coração estruturalmente normal, apresenta-se no consultório onde é realizado o eletrocardiograma apresentado na Fig. 1. A Fig. 2 corresponde à monitorização prolongada da derivação D2 com sensibilidade 2N.

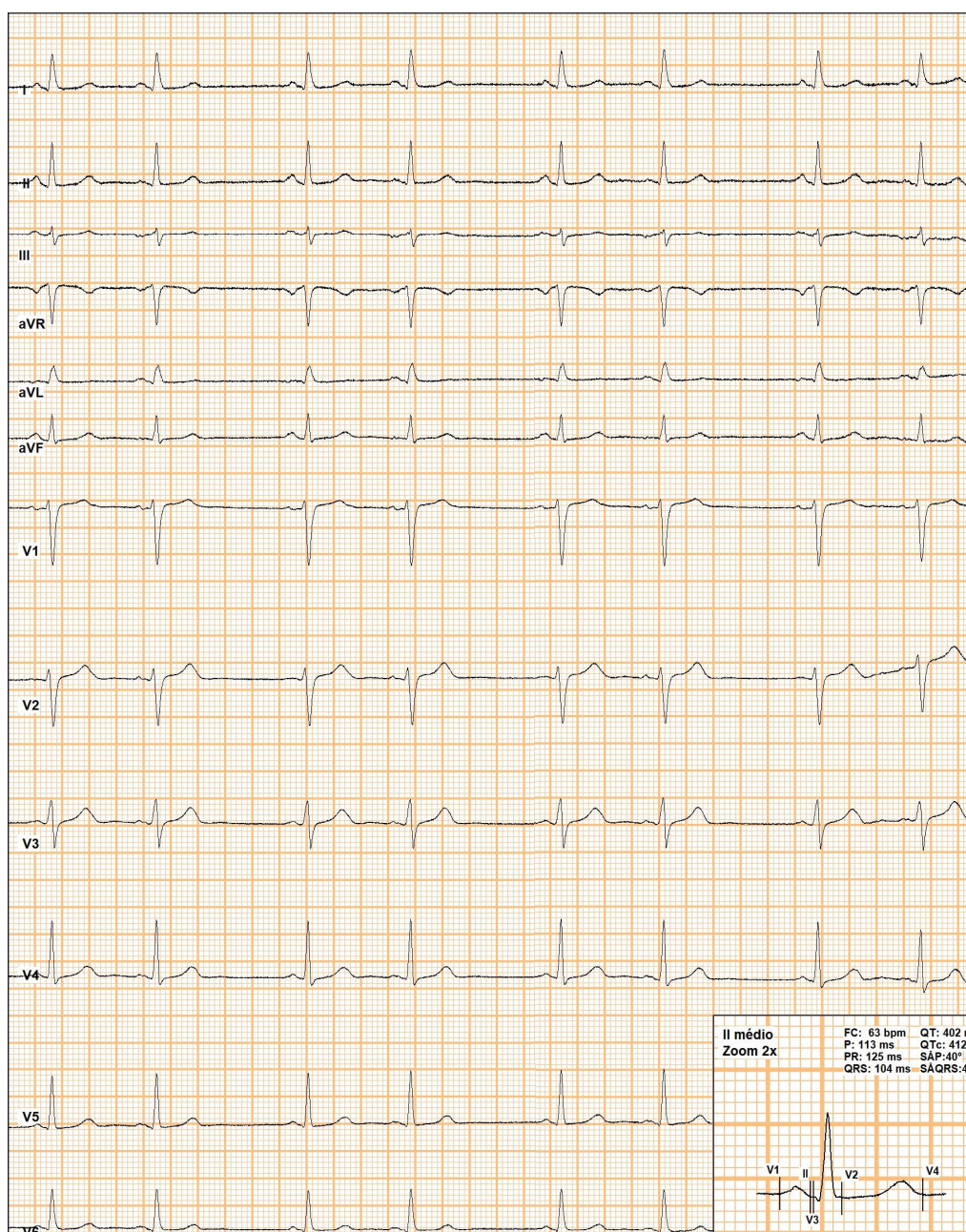


Figura 1. Eletrocardiograma do paciente.

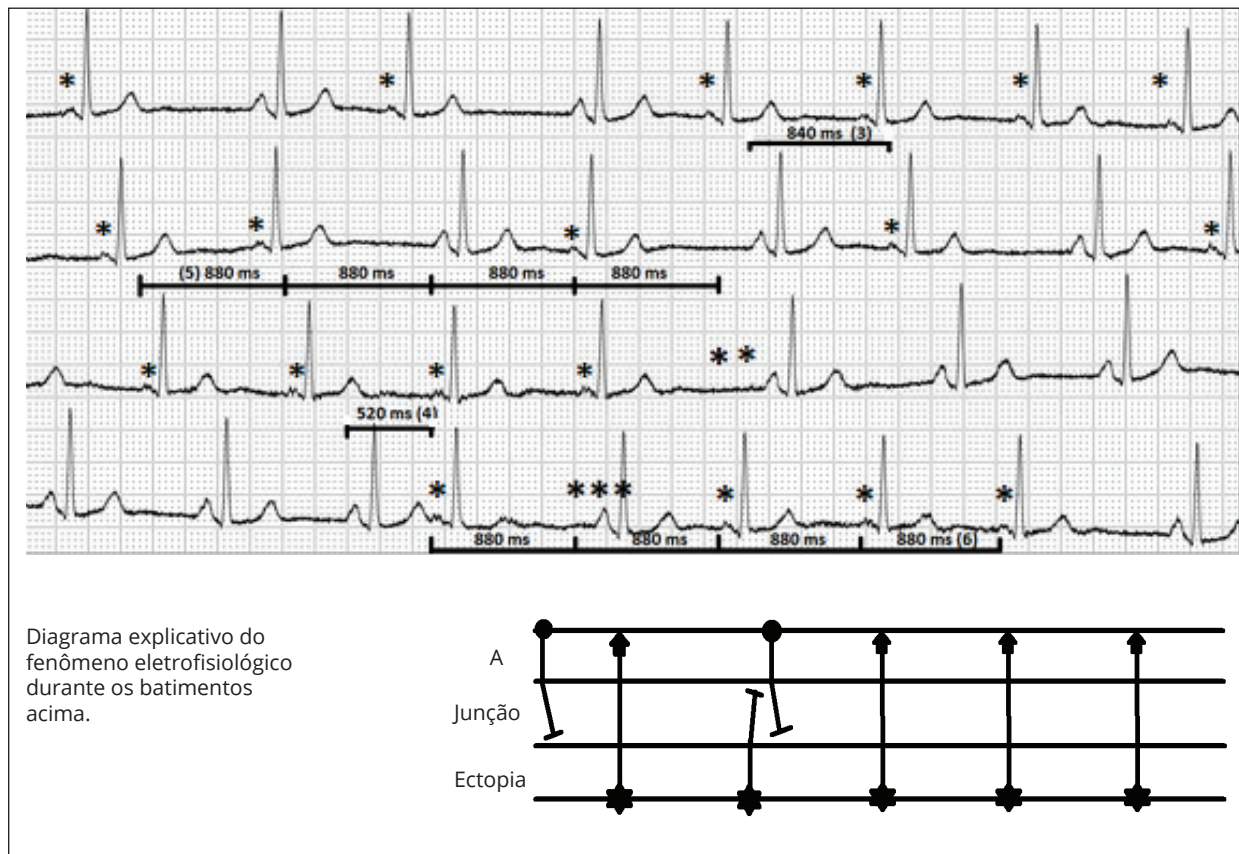


Figura 2. Monitorização prolongada da derivação D2 com sensibilidade 2N.

RESPOSTA

No eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações (Fig. 1), pode-se visualizar um ritmo sinusal com bigeminismo atrial, sendo que a extrasístole atrial apresenta intervalo de acoplamento longo em relação à onda P precedente. Para melhor compreensão do caso, realizou-se, então, monitorização com D2 longo e sensibilidade de 2N (Fig. 2). Nessa monitorização, as ectopias atriais (* na Fig. 2) começam a apresentar variações de acoplamento em relação à onda P sinal precedente (3 e 4) e iniciam uma alternância com um ritmo atrial ectópico (5 e 6) que apresenta a mesma morfologia de P dos batimentos extrasistólicos, sugerindo que a origem seja a mesma nas duas situações. Ainda na Fig. 2, observando-se a sequência (5) de batimentos ectópicos, nota-se uma ritmicidade com frequência de 880 ms interrompida por ausência de batimento ectópico (** na Fig. 2) seguido por ritmo sinusal com frequência menor à do foco ectópico. Na sequência 6, um batimento ectópico é seguido de batimento sinusal, retornando ao ritmo ectópico. Pela ritmicidade das ectopias, observa-se que em alguns momentos essa apresenta perda de captura atrial, o que evidencia um fenômeno de parassistolia com bloqueio de saída intermitente.

A parassistolia surge devido à existência de uma ou mais células cardíacas com propriedades automáticas protegidas do ritmo básico por um bloqueio de entrada. Nesse caso, isso é observado pois o batimento sinusal não reinicia o ciclo do foco ectópico (***) na Fig. 2). O marcapasso dominante é incapaz de excitar essa área. Concomitantemente, encontra-se um bloqueio de saída, variável e intermitente, que impede o impulso despolarizante aí originado de atingir a musculatura subjacente em várias ocasiões. Pode-se, ainda, sugerir que o foco da parassistolia seja em região média de átrio direito, pela aparência da morfologia da onda P do foco ectópico com a da onda P em ritmo sinusal, porém com menor amplitude em derivações inferiores, sugerindo uma localização abaixo do nó.¹

AGRADECIMENTO

Caso gentilmente cedido pelo Prof. Dr. José Tarcísio Medeiros de Vasconcelos, Centro Avançado de Ritmologia e Eletrofisiologia (C.A.R.E.), São Paulo/SP, Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Josephson ME; Wellens JH. Tachycardias: Mechanisms, diagnosis, treatment. Philadelphia, PA: Lea & Febiger; 1984 p.287-30.

AUTORES

João Durval Jr.^{1,2,3*}, Jardel Godinho^{2,3,4}, Jaqueline Padilha⁵

Durval Jr J  <https://orcid.org/0000-0002-9484-0013>

Godinho J  <https://orcid.org/0000-0001-5681-0924>

Padilha J  <https://orcid.org/0000-0002-8761-6013>

1. Centro Universitário São Lucas – Porto Velho/RO – Brasil.
 2. Real e Benemerita Associação Portuguesa de Beneficência São Paulo – São Paulo/SP – Brasil.
 3. Centro Avançado de Ritmologia e Eletrofisiologia – São Paulo/SP – Brasil.
 4. Centro Universitário UNINOVAFAPI – Teresina/PI – Brasil.
 5. Universidade Federal de São Paulo – São Paulo/SP – Brasil.
- *Autor correspondente:** juca_durval@hotmail.com