

# Desafio Eletrocardiográfico: qual o diagnóstico?

Guilherme Gaeski Passuello, Raphael Chiarini

C.A.R.E. – Centro Avançado de Ritmologia e Eletrofisiologia – São Paulo, SP, Brasil

## DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

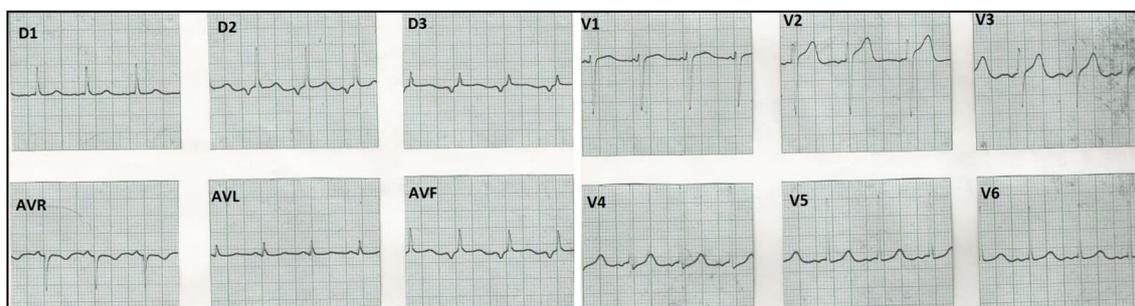
Paciente do sexo feminino, com 25 anos de idade, foi encaminhada pelo seu cardiologista para o ambulatório de ritmologia para tratamento de taquicardia supraventricular. Não apresentava comorbidades prévias. Referiu palpitações taquicárdicas diárias, com piora nos últimos meses, mesmo com o uso de várias medicações antiarrítmicas. Abaixo, são apresentados os traçados eletrocardiográficos obtidos na consulta médica.

## DISCUSSÃO

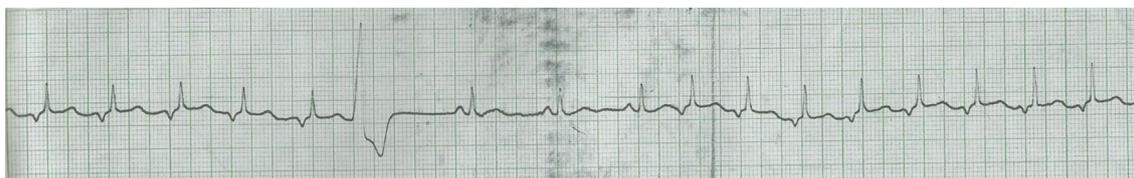
O eletrocardiograma da Figura 1 corresponde a uma taquicardia de complexos QRS estreitos, com frequência relativamente baixa (100 ppm), regular, relação P-QRS 1:1, intervalo RP longo (480 ms), sequência caudo-cranial de ativação atrial (ondas P negativas em D2, D3 e aVF). A polaridade de P foi isodifásica em D1, porém positiva em aVL, sugerindo uma ativação atrial da direita para a esquerda. Tais achados sugerem o diagnóstico de uma taquicardia atrial primária ectópica originária das porções baixas do átrio direito, taquicardia por reentrada nodal na forma incomum (rápido-lenta), ou taquicardia de Coumel (reentrada atrioventricular envolvendo uma via acessória de condução lenta).

Entretanto, no segundo traçado (Figura 2), nota-se um evento curioso. Após o quinto complexo, a taquicardia é momentaneamente interrompida por uma extrasístole ventricular. Os três batimentos seguintes são de origem sinusal e a taquicardia tem reinício espontâneo na sequência, após encurtamento do ciclo sinusal de 880 para 800 ms. A taquicardia tem uma frequência ligeiramente superior a partir desse reinício (107 ppm). Num olhar mais atento com relação à extrasístole ventricular, percebe-se que a mesma aparentemente não é acompanhada por uma onda P retrógrada; portanto, a taquicardia é interrompida por uma extrasístole ventricular que não conduz para os átrios. Tal achado torna improvável o diagnóstico de taquicardia atrial primária, visto que, para uma taquicardia atrial ser interrompida por uma extrasístole ventricular, essa necessariamente teria que gerar uma despolarização atrial retrógrada. Portanto, o mais provável é que o caso seria uma taquicardia por reentrada nodal atípica ou de uma taquicardia de Coumel. A extrasístole ventricular em tais circunstâncias interromperia a taquicardia por uma captura retrógrada de parte do circuito (nodal ou via acessória), sem necessariamente conduzir para os átrios.

O reinício da taquicardia que ocorre sem um deflagrador extrasistólico se dá em ritmo sinusal após um discreto aumento de frequência cardíaca. Esse comportamento é



**Figura 1:** Eletrocardiograma de 12 derivações durante sintomas, frequência cardíaca de 100 bpm.



**Figura 2:** Derivação D2.

bastante característico da taquicardia juncional recíproca permanente, ou taquicardia de Coumel, mediada por uma via acessória de condução retrógrada exclusiva e comportamento decremental. O impulso sinusal propaga-se pelo sistema normal de condução e retorna pela via acessória. Tratando-se de uma via acessória de condução lenta, o impulso se propaga com um grande intervalo de condução ventrículo-atrial, atingindo os átrios já excitáveis (fora do período refratário), fechando-se o circuito e iniciando-se a taquicardia num movimento circular macroreentrante, frequentemente incessante, às vezes determinante de taquicardiomiopatia. A taquicardia nodal atípica também pode ocorrer dessa forma, porém comumente se dá num padrão paroxístico, desencadeado por ectopias ventriculares ou atriais.

O caso em questão foi encaminhado para estudo eletrofisiológico, que confirmou o diagnóstico de taquicardia atrioventricular mediada por via acessória de condução

retrógrada exclusiva e alentecida, com inserção na região septal posterior direita.

## 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. Ho RT. Electrophysiology of Arrhythmias: Practical Images for Diagnosis and Ablation. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010 p. 166-74.
2. Zipes DP, Jalife J, Stevenson WG, eds. Cardiac Electrophysiology: From Cell to Bedside. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018.
3. Coumel P, Cabrol C, Fabiato A, Gourgon R, Slama R. Tachycardie permanente par rythme reciproque. Arch Mal Coeur Vaiss. 1967;60:1830-64.