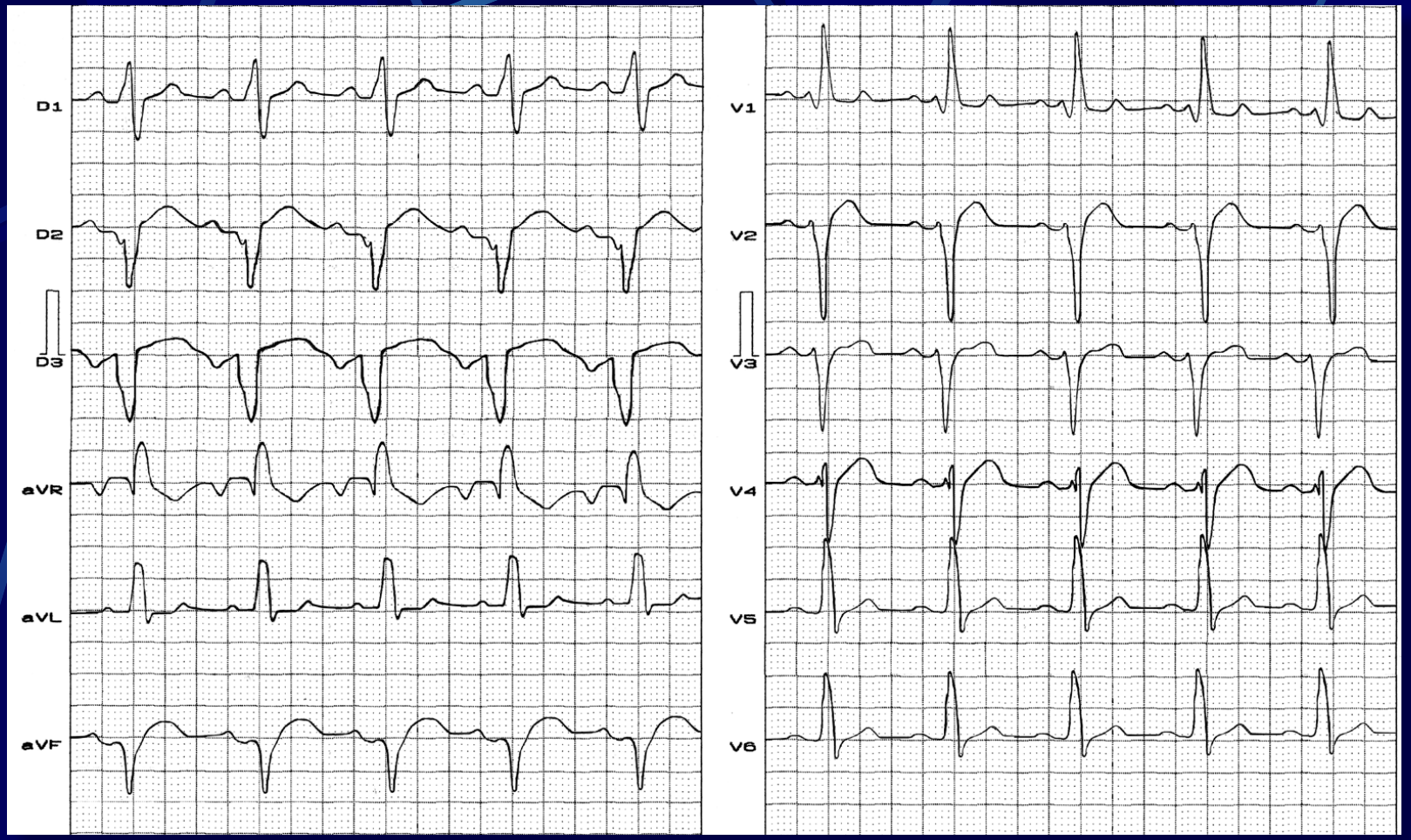
INFARTO DO MIOCÁRDIO COMPLICADO COM BLOQUEIO DE RAMO DIREITO

Prof. Dr. ANDRÉS RICARDO PÉREZ RIERA

Professor Colaborador da Faculdade de Medicina do ABC
Responsável pelo Setor de Eletrovetorcardiografia
Fundação Santo André – São Paulo – Brasil

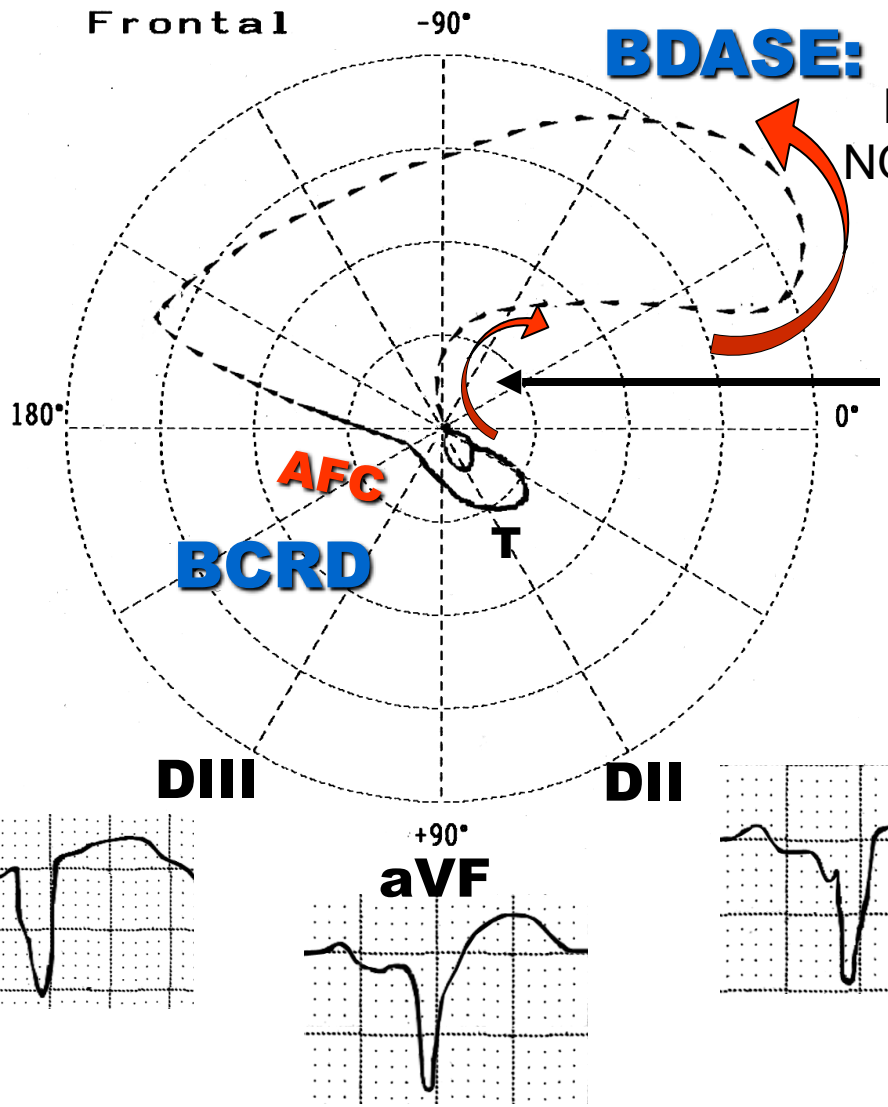
TITULAR Prof. CELSO FERREIRA

NOME: A. B.S. **IDADE:** 59 ANOS **SEXO:** MASC. **RAÇA:** BRANCA
PESO: 80 Kg **ALTURA:** 1,75 m **DATA:** 12/07/2002 **NÚMERO:** 420
MEDICAÇÃO EM USO: ENALAPRIL 10 mg 2X; ESPIRONOLACTONA 25 mg; FUROSEMIDA 40 mg; CARVEDILOL 12,5mg 2X; AAS 2X; SUSTRATE 3X; SINVASTATINA 10mg.



DIAGNÓSTICO CLÍNICO: CARDIOMIOPATIA ISQUÊMICA DILATADA. HISTÓRIA DE INFARTO EM 2 OPORTUNIDADES, ÚLTIMO EM FEVEREIRO DE 2002. RECENTE EPISÓDIO DE SÍNCOPE. DISLIPIDÊMICO TIPO 2, HIPERTENSO, EX FUMANTE INVETERADO RECENTE.

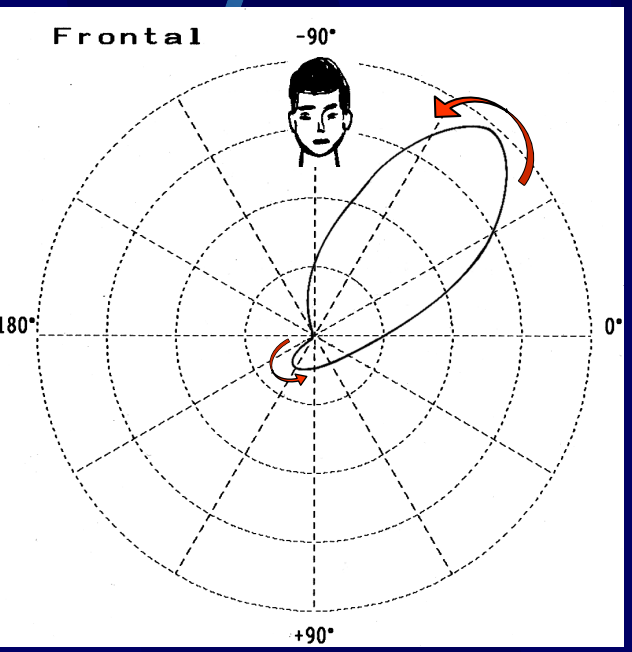
ECG/VCG PLANO FRONTAL NÚMERO: 420



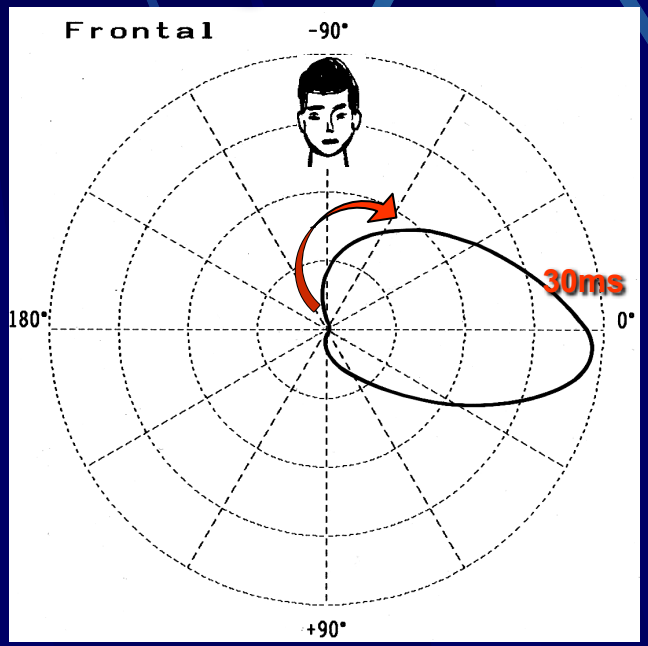
BDASE: ROTAÇÃO ANTI-HORÁRIA E EXTREMO DESVIO DO SÂQRS NOS QUADRANTES SUPERIORES

ÁREA ELETRICAMENTE INATIVA INFERIOR: ROTAÇÃO HORÁRIA INICIAL E QS EM DII, DII e aVF

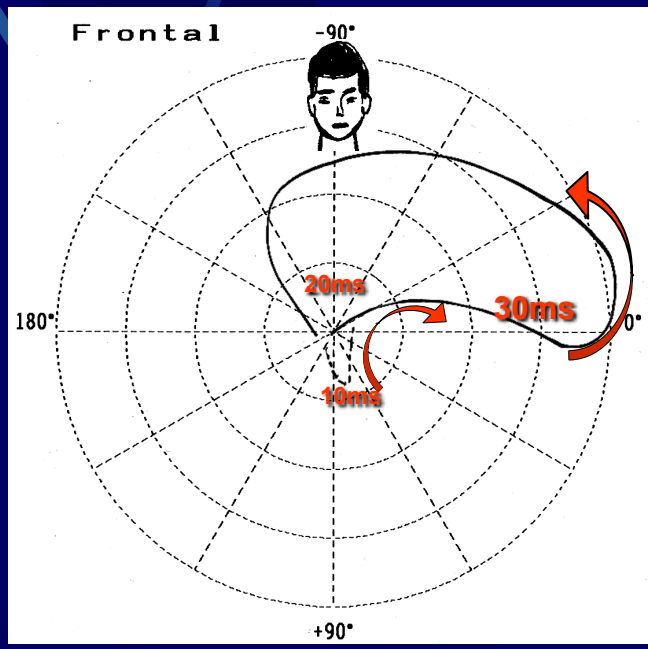
COMPARAÇÃO DAS ALÇAS QRS NO PLANO FRONTAL NO BLOQUEIO DIVISIONAL ÂNTERO-SUPERIOR ESQUERDO (BDASE) , ÁREA ELETRICAMENTE INATIVA INFERIOR (AEII) E ASSOCIAÇÃO DE AMBAS



BDASE

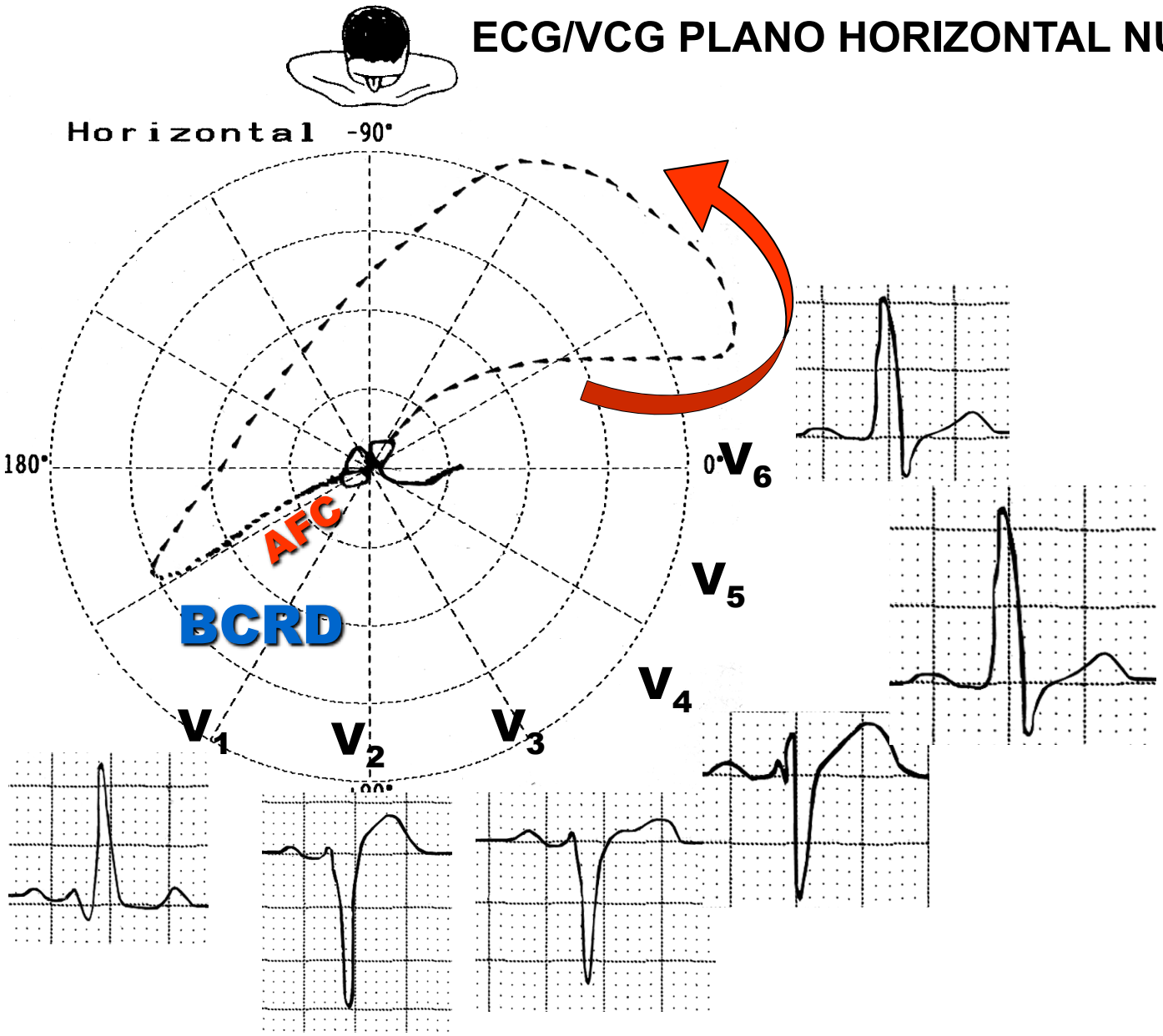


AEII



AEII+BDASE

ECG/VCG PLANO HORIZONTAL NÚMERO: 420



BCRD ASSOCIADO À ÁREA ELETRICAMENTE INATIVA ANTERIOR

CONCLUSÃO FINAL DO CASO NÚMERO 420

1) **AEII:** ÁREA ELETRICAMENTE INATIVA INFERIOR;

2) **BDASE:** BLOQUEIO DIVISIONAL ÂNTERO-SUPERIOR ESQUERDO;

3) **BCRD:** BLOQUEIO COMPLETO DE RAMO DIREITO;

4) **AEIA:** ÁREA ELETRICAMENTE INATIVA ANTERIOR.

COMENTÁRIO

O BCRD NO CURSO DE UM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO OCORRE EM 2% DOS CASOS. ESTA COMPLICAÇÃO DROMÓTROPA AUMENTA AS CHANCES DE MCS POR TV/FV PÓS EVENTO PARTICULARMENTE SE ASSOCIADA À FE < 40% (1).

A INCIDÊNCIA DE TV MALIGNAS ASSOCIADAS AO INFARTO DE MIOCÁRDIO ESTÁ EM RELAÇÃO DIRETA COM A EXTENSÃO DO MESMO (2).

QUANDO O INFARTO AGUDO COMPLICA COM O APARECIMENTO DE BCRD, ASSINALA A POSSIBILIDADE DE OBSTRUÇÃO PROXIMAL DA ARTÉRIA DESCENDENTE ANTERIOR E CONSEQUENTEMENTE CORRESPONDE A UM INFARTO EXTENSO COM ELEVADO RISCO DE MCS ARRÍTMICA. NESTES CASOS, ESTÁ INDICADO O IMPLANTE DE UM CARDIODESFIBRILADOR AUTOMÁTICO PROFILÁTICO (3).

1) Lamas GA, Mueller JE, Turi AG, et. al. A simplified method to predict occurrence of complete heart block during acute myocardial infarction. Am J Cardiol; 1986 57: 1213-1218.

2) Geltman EM, Ehsani AA, Campbell MK, et al.: The influence of location and extent of myocardial infaction on long-term ventricular dysrhythmia and mortality. Circulation 1979; 60:805-810.

3) Brugada P, Wellens F, Andries E. A prophylactic implantable cardioverter-defibrillator? Am J Cardiol 1996; 78 (suppl 5A):128-133.

COMENTÁRIO

O INFARTO AGUDO DE MIOCÁRDIO COMPLICADO COM BCRD É IDENTIFICADO FACILMENTE NO ECG, UMA VEZ QUE A NECROSE MODIFICA AS PORÇÕES INICIAIS (40ms INICIAIS DO QRS) E O BCRD APENAS A PORÇÃO FINAL DA DESPOLARIZAÇÃO VENTRICULAR. ASSIM, A SENSIBILIDADE DO ECG PARA O DIAGNÓTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCÁRDIO ASSOCIADO A BCRD É A MESMA QUE SEM O DISTÚRBIO DROMOTRÓPO .

OS CRITÉRIOS ELETROCARDIOGRÁFICOS DO BRD ASSOCIADO A INFARTO ÂNTERO-SEPTAL SÃO:

1) V_3R, V_1 e ou V_2: QR ou QR.
2) V_5 -V_6, RS
3) DERIVAÇÕES TRANSICIONAIS V_3 e V_4: QS.

BCRD ASSOCIADO A INFARTO ÂNTERO-LATERAL MOSTRA QS EM V_5 E V_6 OU DE V_4 A V_6 ASSOCIADO A SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST CONVEXO PARA CIMA E ONDAS T SIMÉTRICAS E NEGATIVAS DE BASE LARGA.

COMENTÁRIO

SOBREVIVENTES DE INFARTO AGUDO COM FE < 35 QUE APRESENTEM TV-S DURANTE O ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO NÃO REVERTIDA COM PROCAINAMIDA EV CONSTITUEM-SE EM PACIENTES DE ESCOLHA PARA O IMPLANTE DO CDI PROFILÁTICO.

PACIENTES COM TV-S NOS QUAIS AS DROGAS SE MOSTRAM INEFICAZES, DEVEM RECEBER O CDI PROFILÁTICO ASSOCIADO A AMIODARONA E/OU BETA-BLOQUEADOR.