

Bloqueio atrioventricular congênito - 2008

Dr. Andrés R. Pérez Riera

O bloqueio atrioventricular congênito tem indicação de marcapasso apenas nas seguintes condições:

- 1) Sinais de baixo débito:
- 2) Aumento progressivo da área cardíaca:
- 3) Baixo desenvolvimento ponderal-estatural e/ou psíquico-intelectual:
- 4) Intolerância aos esforços:
- 5) Arritmia ventricular complexa induzida por esforço: com o Holter e /ou TE.
- 6) Pausas > 3 s no Holter:
- 7) Intervalo QT longo:

Quando os bloqueios intraventriculares têm sintomas raros ou quando existe dúvida da gravidade do quadro, deve-se realizar o estudo eletrofisiológico invasivo para definir a necessidade de marcapasso cardíaco definitivo. As crianças com bloqueios intraventriculares e QRS muito alargado (anchos) e insuficiência cardíaca refratária com fração de ejeção < 35% podem ser significativamente beneficiadas com implante de marcapasso ressincronizador, mesmo que não exista bradicardia.

Os bloqueios fasciculares e de ramo relacionados a síndrome de Kearns-Sayre, distrofia muscular de Duchenne ou distrofia miotônica têm risco de morte súbita e devem ser tratados com marcapasso.

São indicações classe I de implante de MP em crianças

Classe I

- 1) *Bloqueio AV de segundo ou terceiro grau relacionado a sintomas, disfunção ventricular ou baixo débito.*
- 2) *Bradycardia sinusal sintomática*
- 3) Bloqueio AV total congênito com QRS largo, arritmia ventricular complexa ou disfunção ventricular:

Segundo lo de acima deve se indicar marcapasso. Mas si el caso está atípico com *ecocardiograma normal, (coração estruturalmente normal sem cardiopatia associada e com câmaras e desempenho ventricular normais, desenvolvimento físico normal, FC elevada, provas tiróides normais todo normal y assintomático, sem sinais de baixo débito, sem convulsão, síncope ou near síncope*, penso que devemos ser cautelosos, sem precipitações. Indiquemos o estudo eletrofisiológico após Holter e o TE y segundo o resultado tomemos a conduta.

Os impulsos originados no Nó SA o nos átrios não ativam os ventrículos, porém, às vezes são encontrados exemplos de modificação de bloqueio parcial para completo (1) e vice-versa (2). Finalmente reitero que existem casos de Bloqueios AV completos congênitos isolados com QRS largos (“anchos”) (3;4). De 44 pacientes portadores de bloqueio AV completo com coração estruturalmente normal 31 eram assintomáticos 4 tinham QRS alargado inclusive estes com QRS largo o estudo eletrofisiológico mostrou ser em todos os casos *supra hissianos* A persistência de QRS ancho com pausas > de 3 segundos e escape com FC lenta justificou o implante mesmo nos assintomáticos (5).

- 4) Bloqueios AV total em lactantes com FC < 50bpm ou <70bpm na presença de cardiopatia congênita.
- 5) *Taquicardia ventricular bradicardia ou pausa dependente claramente beneficiado por estimulação.*

REFERENCIAS

- 1) **Dunn HG. Congenital partial heart block. Proc R Soc Med. 1952; 45:456-458.**

- 2) MacHenry MM, Factors influencing longevity in adults with congenital complete heart block. Am J Cardiol. 1972; 29: 416-421.
- 3) Griffiths SP. Congenital complete heart block. Circulation. 1971; 43:615-617.
- 4) James TN, McKone RC, Hudspeth AS. De subitaneis mortibus. X. Familial congenital heart block. Circulation . 1975;51:379-388.
- 5) Saxena A, Shrivastava S, Dev V, et al. Congenital complete heart block in structurally normal heart--a study of 44 cases. Indian Heart J. 1992; 44:43-46.