

Extrassístoles ventriculares monomórficas bigeminadas com morfologia de bloqueio completo do ramo esquerdo e eixo inferior - 2008

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Presença de extrassístoles ventriculares monomórficas bigeminadas com morfologia de bloqueio completo do ramo esquerdo e eixo inferior, pode ser uma forma frustrante de "taquicardia ventricular direita monomórfica idiopática decorrente da via de saída do ventrículo direito (IMVT-RVOT)"

Nesta entidade, a maioria dos pacientes são diagnosticados entre os 30 e 50 anos. Na série de Lerman, os pacientes tinham entre 6 e 77 anos (**Lerman BB, Kenneth M, Stein SM, et al. Ventricular Tachycardia in Patients With Structural Normal Heart. In Zipes DP & Jalife J Cardiac Electrophysiology From Cell to Bedside 3rd. 2000; Chapter 70 pp: 640-656**)

Possui excelente prognóstico. Enquanto a clínica, em 80% se apresenta com palpitações, 50% com tontura, apenas em 10% como síncope. Os deflagradores são: estresse, exercício, excesso etílico, café e fumo. Apenas 20% se apresentam com síncope ou pré-síncope.

Em 10% dos casos se originam do VE, na região da divisão pósterio-inferior do ramo esquerdo, com morfologia de BCRD associado a extremo desvio do eixo para a esquerda.

Uma outra morfologia que sugere foco de origem no VE é BCRE associado a transição precoce e onda R dominante em V1, eixo inferior. Raramente podem ter origem epicárdico, traduzido por polaridade concordante nas precordiais e complexos negativos em DI e aVL.

Podem se manifestar como uma TV sustentada ou não sustentada, em repouso ou ao exercício. O mais comum é que seja repetitiva com extrasístoles ventriculares freqüentes. Mesmo ocorrendo no repouso, existe uma constelação de fatos que sugerem mecanismos de atividade deflagrada por AMP “cAMP-mediated triggered activity”.

Os mecanismos descritos são:

- 1) Atividade deflagrada: adenosina-sensitiva – mediada por AMP cíclico ((Adenosine-Sensitive): 70% of cases. cAMP-mediated triggered activity).
- 2) Atividade deflagrada tardia: dependente de pós-despolarizações em fase 4, catecolaminico dependente (**Delayed triggered activity**, dependent on post-depolarization in phase 4, associated to increase of cyclic AMP and mediated by catecholamines: adrenergic-dependent.)
- 3) Verapamil sensitiva: 10% dos casos por reentrada intrafascicular
- 4) Automaticidade aumentada: propanolol sensitiva (**Enhanced Automaticity**)
- 5) Reentrada
- 6) Indiferenciada (Lerman BB, Stein KM, Markowitz SM.: Idiopathic right ventricular outflow tract tachycardia: A clinical approach. Pacing Clin Electrophysiol. 1996 19:2120-2137.)

Nestes casos, o ECG-AR (sinais promediados) é negativo.

A prova de esforço pode ter seu valor. Assim, a variante adenosina sensitiva, a propanolol sensitiva e a indiferenciada são induzidas pelo exercício.

A propanolol sensitiva origina um evento incessante.

A terapia é mandatória apenas na presença de pré-síncope ou síncope. O beta-bloqueador é efetivo em 35% e os antagonistas de cálcio em 30%. A associação entre Classe Ia/Ic é eficaz em 35%. As drogas classe 3 são eficazes em 50%. Para a terminização aguda, manobra vagal, adenosina, verapamil e lidocaina.

A radiofreqüência é de escolha nos casos rebeldes.