

# Arritmia ventricular originada na via de saída do ventrículo direito

## - 2014

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Esta é uma forma de TV idiopática procedente da VSVS.

A avaliação inicial deve incluir ECG e ecocardiograma os quais geralmente são normais, mas a RM pode mostrar anormalidades do RV em até 70 % dos pacientes, incluindo desbaste focal, diminuição da espessura da parede sistólica e movimento anormal da parede .

Origem na TV-VSVD / TV-VSVE (origem embrionária comum). A TV-VSVD deve ser distinguida da TV da ARVD podem ter características morfológicas semelhantes a TV-VSVD, mas não termina com adenosina.

Na ARVD, o ECG de repouso costuma mostrar ondas T invertidas em pacientes > 14 anos nas derivações precordiais direitas e, em 30% dos casos uma onda épsilon após o ponto J, melhor identificada nas derivações V1- V2.

A ARVD apresenta alargamento do QRS nas precordiais direitas de V1 a V3 em relação a V4+V5 +V6. >12.

O diagnóstico diferencial da TV-VSVD também inclui taquicardias associadas com fibras atriofasciculares (fibras de Mahain) e TV que ocorre após a correção da tetralogia de Fallot .

Reconhecimento de ECG. TV-VSVD está associada com uma morfologia característica do ECG BRE com eixo inferior tanto as extrassístoles quanto a TV.

Quando for da parte anterior da VSVD mostra uma onda Q dominante ou um complexo qR na derivação I e QS em aVL. Quando se origina dos locais posteriores da VSVD produz uma onda R dominante na derivação I, QS ou R em aVL e uma transição precordial precoce ( $R / S = 1$  pelo em V3)

A abordagem destes pacientes com TV-VSVD depende da frequência e da gravidade dos sintomas.

As opções de tratamento incluem terapia farmacológica vs ablação por cateter.

A terminação aguda de TV-VSVD, pode ser conseguida por manobra vagal ou adenosina (6 mg até 24 mg). Verapamilo EV (10 mg administrados em 1 minuto) é uma alternativa se o paciente tem a pressão arterial adequada. Os raros casos com instabilidade hemodinâmica a cardioversão é mandatória .

Opções de tratamento de longo prazo incluem a terapia com droga e ablação por cateter.

A primeira pode ser indicada em pacientes com sintomas leves a moderados. Eles incluem beta-bloqueadores, verapamilo, diltiazem (taxa de eficácia de 20 a 50 %).

Terapia alternativa incluem classe IA, IC e agentes III.

A ablação com energia de radiofrequência tem taxas de cura de 90%, com uma taxa de recorrência de 5% (principalmente no primeiro ano).

É o tratamento de escolha para os pacientes com sintomas de síncope, refratários a drogas, intolerância à droga ou aqueles que não desejem terapia com drogas por longos períodos

Deve ser considerado portadores de uma forma potencialmente maligna os seguintes casos:

**a) *uma história síncope***

**b) *TV muito rápidas***

**c) *extrassístoles ventriculares com um intervalo de acoplamento curto.***