

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

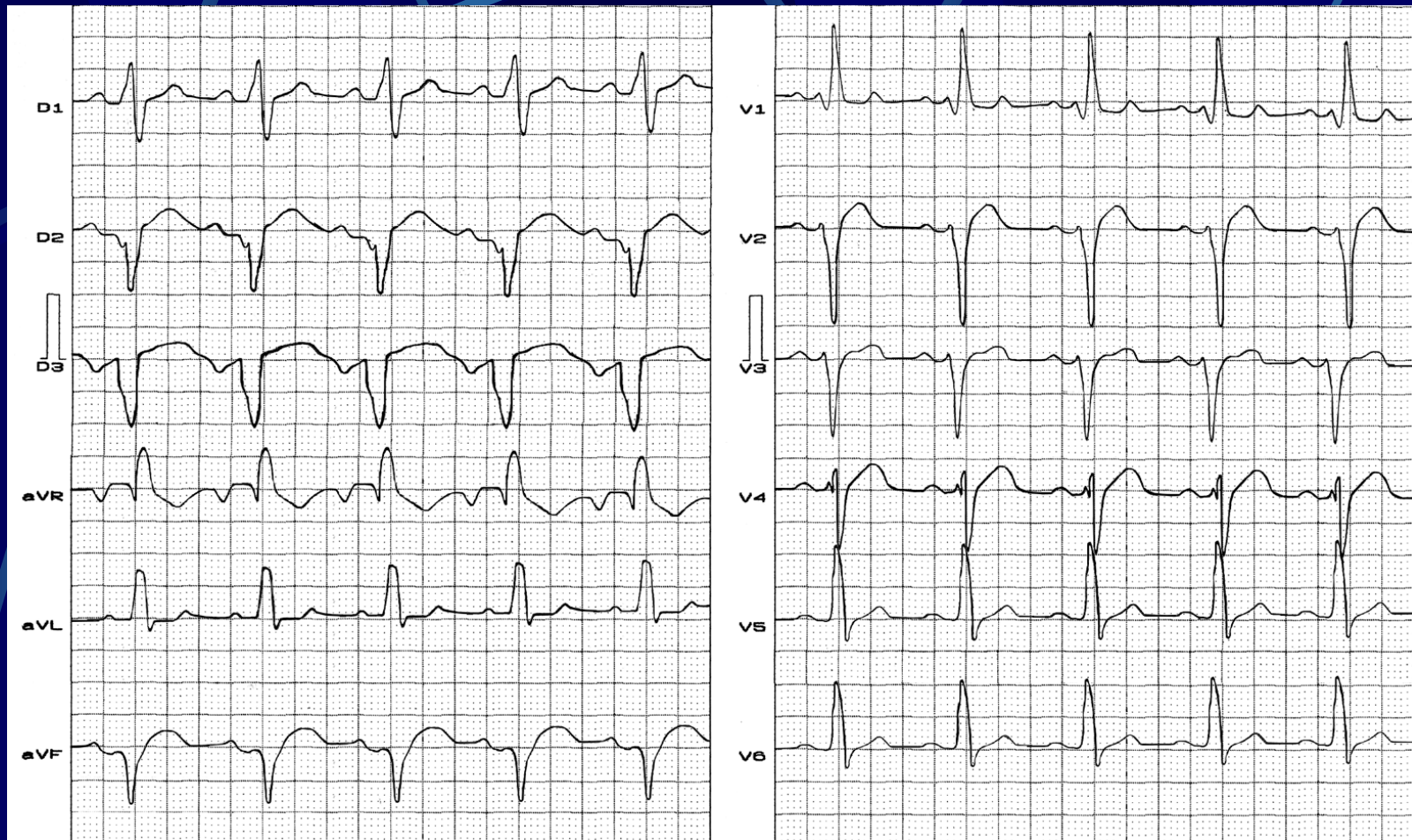
PESO: 80 Kg

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

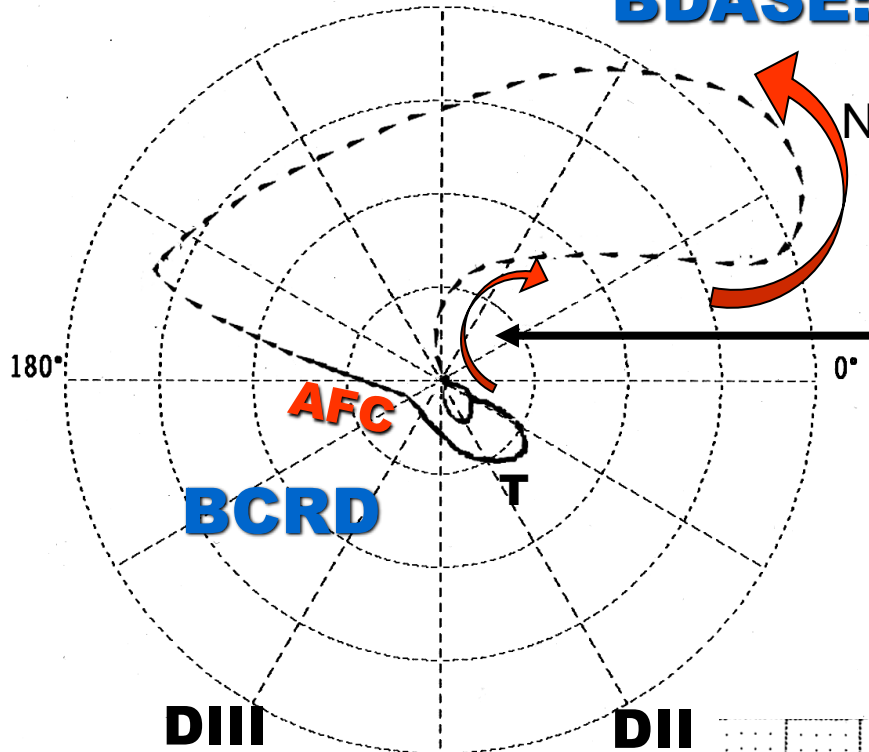


Frontal

-90°

BDASE:

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

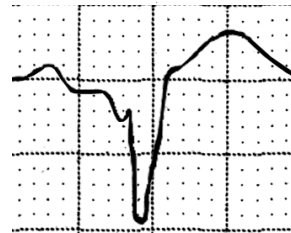
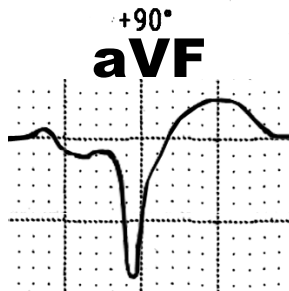


ÁREA ELETRICAMENTE INATIVA

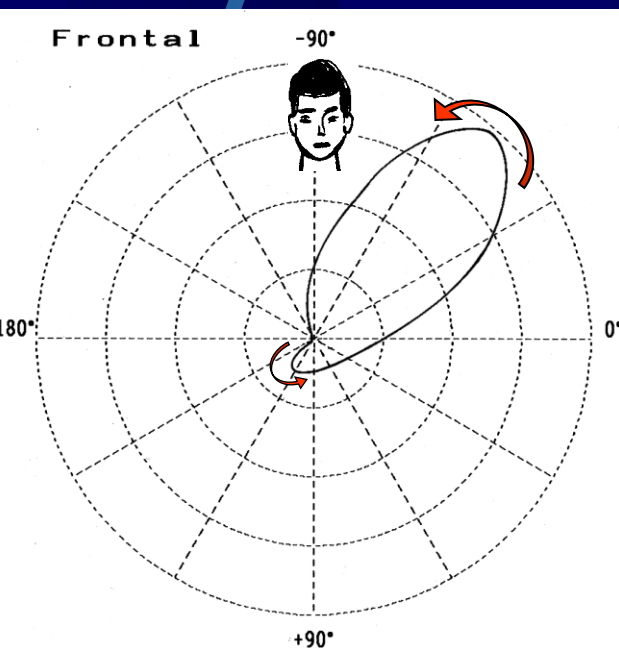
INFERIOR: ROTAÇÃO HORÁRIA INICIAL E QS EM DII, DII e aVF

DIII

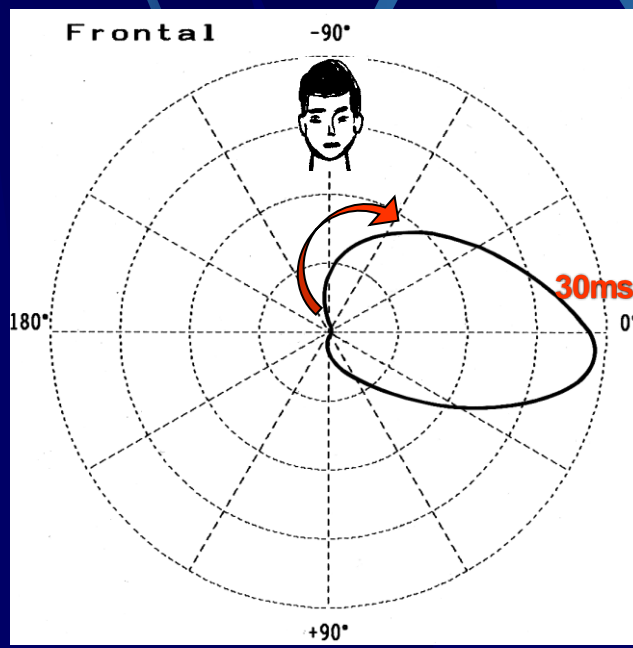
DII



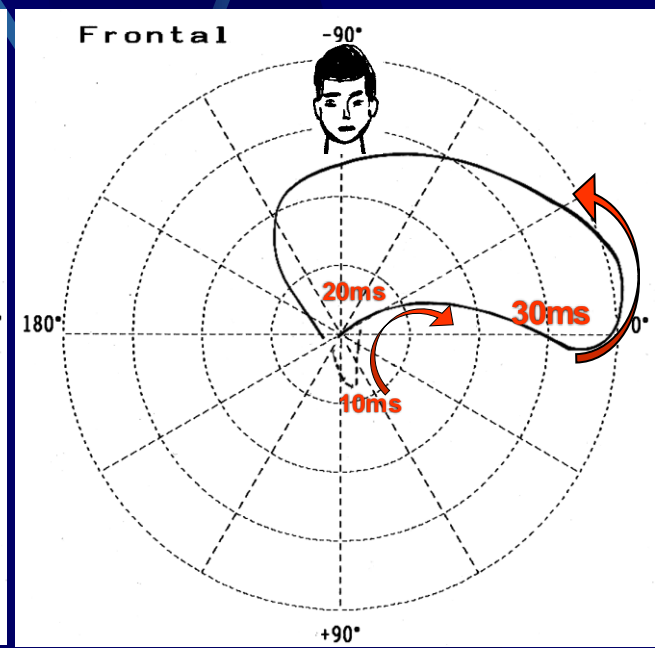
COMPARAÇÃO DAS ALÇAS QRS NO PLANO FRONTAL NO BLOQUEIO DIVISIONAL ÂNTERO-SUPERIOR ESQUERDO (BDASE), ÁREA ELETRICAMENTE INATIVA INFERIOR (AEII) E ASSOCIAÇÃO DE AMBAS



BDASE



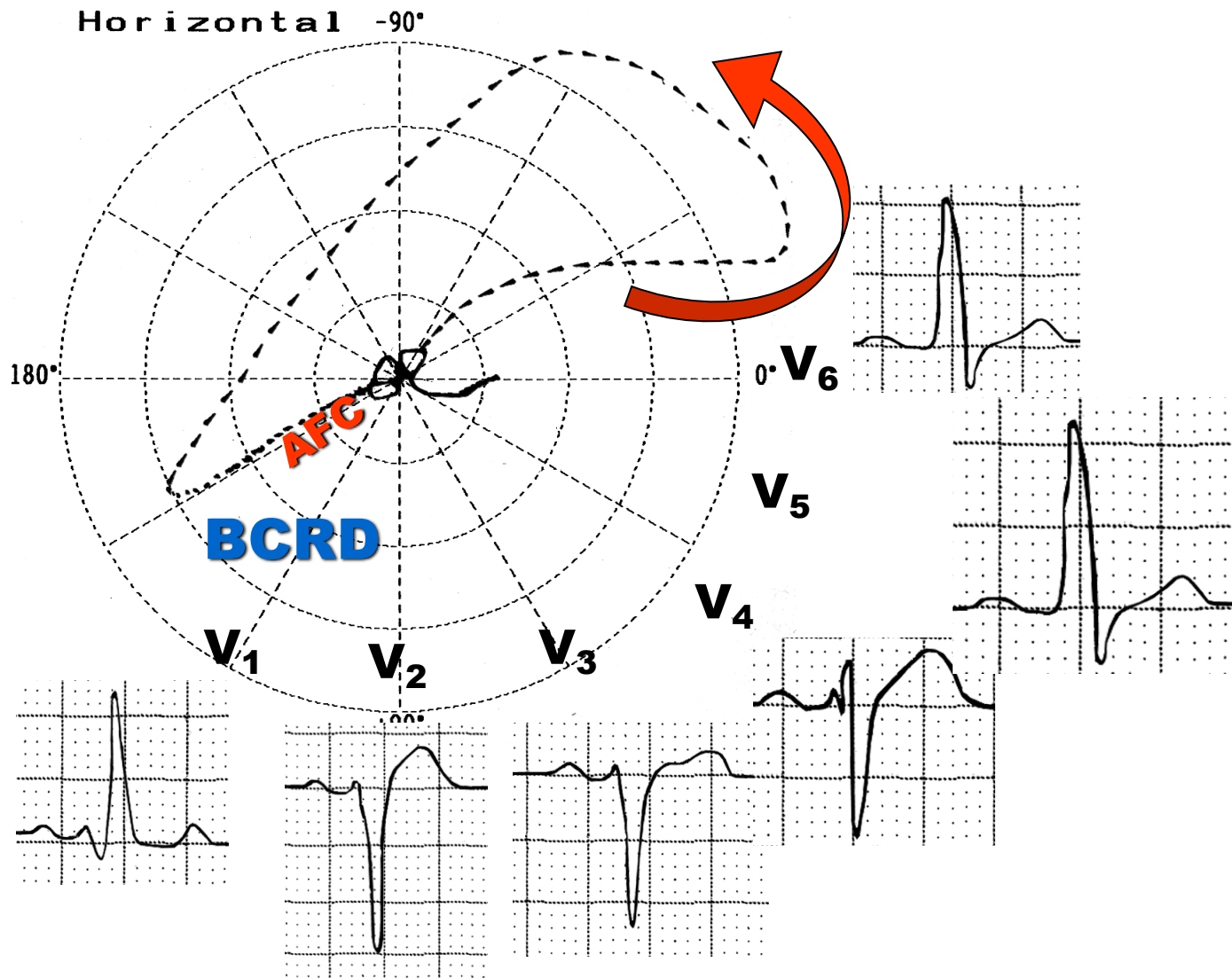
AEII



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 infarction 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 DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCÁRDIO ASSOCIADO A BCRD É A MESMA QUE SEM O DISTÚRBO 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.