

# Estudo Eletrofisiológico Transesofágico

José Carlos PACHÓN MATEOS<sup>(1)</sup>

REBRAMPA 78024-38

Paciente de 36 anos, do sexo masculino, tabagista, referindo crises de palpitação, de início súbito, com duração de minutos a 2 horas, freqüentemente regulares, porém ocasionalmente refere irregularidade no pulso, durante a arritmia.

*Exame físico* - ritmo cardíaco regular de 68 bpm, sem sopros. Ictus mal definido. PA = 135/90 mmHg. Pulsos presentes e sincrônicos. Abdômen e pulmões sem alterações. Eletrocardiograma normal.

## COMENTÁRIOS

O estudo eletrofisiológico transesofágico mostra o primeiro batimento de origem sinusal, - derivação V1 - sem sinais de pré-excitação. O QRS apresenta um discreto retardo em sua porção central, porém sem caracterizar BRD. O segundo batimento também é sinusal, apresentando uma pseudo-fusão, em nível atrial, originada pela cardioestimulação transesofágica, no final da onda P. O terceiro, quarto e quinto batimentos são totalmente originados pela estimulação atrial transesofágica - ondas P bifidas (AE → AD) - conduzidos normalmente aos ventrículos pelo sistema de condução. O sexto batimento é originado pela estimulação atrial transesofágica programada - 1 extraestímulo - sendo conduzido aos ventrículos com PR longo. Nesse momento, o retardo da condução AV mostra que não existe feixe anômalo no sentido AV,

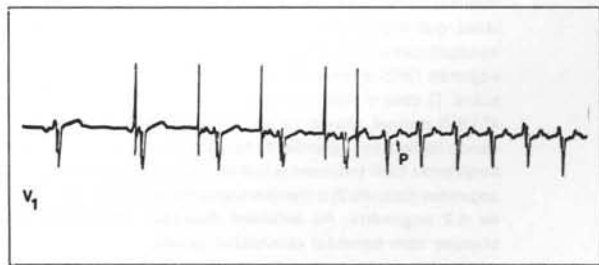


Fig. 1 — Estudo Eletrofisiológico Transesofágico.

assim como não existe nenhum tipo de pré-excitação anterógrada. Logo após o extraestímulo, cessa a estimulação atrial e começa uma taquicardia paroxística supraventricular (QRS normal), imediatamente identificada pelo paciente e correlacionada aos sintomas espontâneos. A taquicardia tem relação R/P 1:1, R-P' > 70ms, sendo, no entanto, menor que o P'-R. Trata-se de taquicardia por reentrada atrioventricular, por feixe anômalo tipo Kent oculto (de condução unicamente retrógrada, pois não aparece durante estimulação atrial). A arritmia se deve à descida do estímulo pelo sistema de condução normal com retorno aos átrios pelo feixe anômalo. No batimento do extraestímulo, verifica-se uma nítida deformação do ST, devido à presença da onda P retrógrada, a qual é claramente positiva nessa derivação - V1 -, sugerindo que a localização do feixe anômalo oculto seja esquerda. Ao mesmo tempo verificou-se que a onda P' é negativa na derivação D1 e negativa em D2. Isso mostra que, durante a taquicardia, a despolarização atrial caminha da esquerda para a direita (D1), de trás para a frente (V1) e de baixo para cima (D2), confirmando a localização na base do AE/VE, que é a mais freqüente nos feixes anômalos ocultos. O tratamento farmacológico desta arritmia pode ser realizado com drogas do grupo 1A (disopiramida, quinidina ou procainamida) ou com drogas dos grupos IC (propafenona) ou III (amiodarona ou sotalol). O caso em questão apresentou excelente controle da arritmia com o uso regular de disopiramida.

Este exemplo mostra claramente que a aplicação de 5 estímulos transesofágicos foi suficiente para esclarecer a arritmia, denotando a grande importância clínica da Cete neste tipo de paciente. Ainda durante a taquicardia, pode-se observar um certo grau de alternância elétrica. No próximo número da Rebrampa vamos discutir este fenômeno e mais alguns achados, deste mesmo caso. Vamos ver que a potencialidade diagnóstica destes 5 estímulos esofágicos e de um simples ECG ainda é muito maior...

(1) Responsável pela Seção de Marcapasso do Serviço de Estimulação Cardíaca do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

Correspondência: Av. Dante Pazzanese, 500 - Ibirapuera - CEP: 04012-180 - São Paulo - SP - Brasil - Fone: (011) 549.1144 Ramal. 161 - Caixa Postal 215.