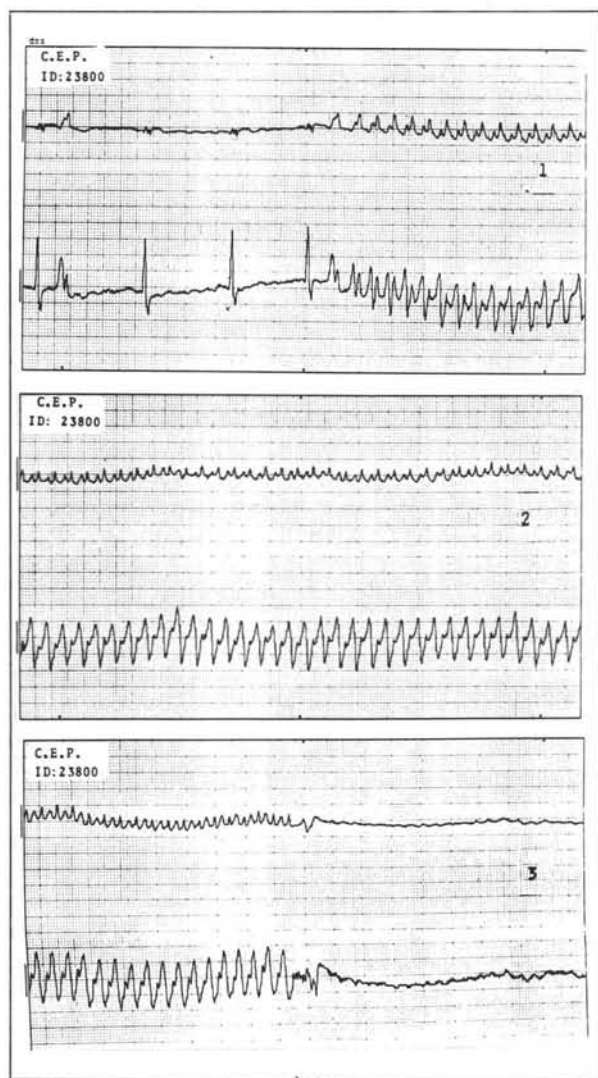


Eletrocardiografia Dinâmica - Holter

Fábio Sandoli de BRITO⁽¹⁾ & Fábio Sandoli de BRITO JÚNIOR⁽²⁾

REBRAMPA 78024-39



Conforme publicado por GOMES*, com frequência os episódios de taquicardia ventricular sustentada são precedidos por despolarizações ventriculares ectópicas que provocam alternância entre ciclos curtos e longos, o que é bem visível neste caso, no traçado compacto (Figura 2).

Outro elemento importante neste paciente é a baixa variabilidade do RR, resultando em um histograma semelhante àquele dos indivíduos com marcapasso elétrico. A pequena variabilidade do RR (Heart Rate Variability) indicaria um comprometimento do balanço autonômico do coração, mais precisamente uma perda da atividade parassimpática, com predomínio constante da ação simpática que, por si só, facilitaria a ocorrência das arritmias graves, como a taquicardia ventricular sustentada ou a fibrilação ventricular. A baixa variabilidade de RR, associada à fração de ejeção < 40% e as formas repetitivas de ectópicos ventriculares representam uma associação de dados não invasivos, com grande valor preditivo positivo para eventos arritmicos graves e morte súbita. No caso exemplificado estão presentes estes 3 elementos.

Fig. 1 — C.E.P., 47 anos, do sexo masculino, portador de miocardiopatia isquêmica, com antecedentes de dois infartos do miocárdio e história de insuficiência cardíaca congestiva. Realizado Holter para avaliação de três episódios de pré-síncope, ocorridos no intervalo de dez dias. O Holter mostrou predomínio de ritmo sinusal com alguns episódios de fibrilação atrial, que precederam a taquicardia ventricular, como são exemplificados nos traçados 1, 2 e 3. No traçado 1, o segundo QRS é uma extrassístole ventricular precoce (R sobre T) com o ritmo de base de fibrilação atrial. Após o 4º QRS normal, repete-se a mesma extrassístole precoce, dando início a um episódio de taquicardia ventricular de alta frequência (300 batimentos/minuto), que se mantém por 43 segundos (traçado 2) e termina com uma assistolia ventricular de 6.2 segundos. As arritmias descritas resultaram em síncope com episódio convulsivo rápido.

(1) Diretor Médico da Unidade de Cardiologia Preventiva do PROCORDIS - SP.

(2) Médico Residente da Disciplina de Cardiologia do Instituto do Coração da FMUSP.

* GOMES, J. A. - The role of silent ischemia, the arrhythmic substrate and the short-long sequence in the genesis of sudden cardiac death. *J. Am. Cardiol.*, 14: 1618-25, 1989.

Correspondência: Rua João Moura, 647, conj. 192/194 - São Paulo - SP - Brasil - Telefone: (011)282.7000

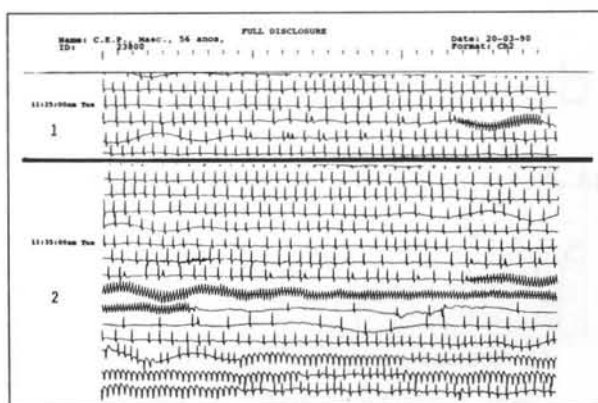


Fig. 2 — Memso paciente da Figura 1. Traçado compacto (full disclosure) onde cada linha registra 30 segundos de ECG contínuo. No traçado 1 (11:25:00 am) vemos duas extrassístoles ventriculares precoces e, logo em seguida, um curto episódio de taquicardia ventricular, com 5.6 segundos de duração. Nos 30 segundos seguintes, vários ectópicos precoces, isolados e pareados, do mesmo foco que gerou a taquicardia. No traçado 2 (11:35:00 am), repetem-se os ectópicos precoces e instala-se longa taquicardia ventricular (43 segundos). Na seqüência, pausas de até 6.2 segundos, ritmos de escapes e recuperação do ritmo de base, sucedendo-se ainda três episódios de taquicardia ventricular de outra morfologia. As arritmias detectadas determinaram síncope com convulsão.

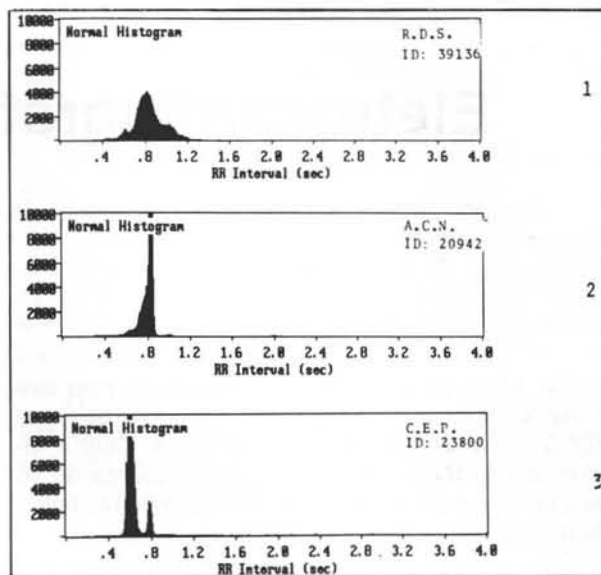


Fig. 3 — Histogramas de intervalos RR em ritmo sinusal: o histograma nº 1 corresponde a um caso normal de variabilidade do RR, com predomínio de ciclos de 800 ms (FC 75) e variações entre 400 ms (FC 150) e 1300 ms (FC 47). O desenho é largo na base e pouco amplo na altura (máximo 4000 ciclos). O histograma nº 2 é típico de um portador de marcapasso, programado com intervalo de pulso de 820 ms, gerando uma freqüência de 73 estímulos por minuto. Sobre o ponto correspondente ao RR de 820 ms acumulam-se quase todas as contagens (baixa variabilidade), gerando o pico do histograma. No histograma nº 3, realizado no mesmo paciente das Figuras 1 e 2, temos uma distribuição muito semelhante àquela do histograma nº 2, porém o paciente não tem marcapasso elétrico. Vemos o grande acúmulo de pontos em torno dos 600 ms (FC 100) e base estreita, indicando pequena variabilidade de RR.