

Morte Súbita em Paciente com Bloqueio de Ramo Direito e Elevação Persistente de Segmento ST

Humberto Villacorta, Ricardo Antônio Faig Torres, Isabela Ribeiro Simões de Castro, Henrique Lambert, Ricardo de Araujo Gonzales Alonso

Rio de Janeiro, RJ

Homem de 43 anos, internado por episódio de síncope associado a padrão de bloqueio de ramo direito (BRD) e supradesnivelamento de segmento ST de V_1 a V_4 no eletrocardiograma e intervalo QT normal. Feita a hipótese de infarto agudo do miocárdio, não foi confirmada nos exames laboratoriais. A cinecoronariografia foi normal. Evoluiu assintomático, porém com persistência do BRD e da elevação do segmento ST. Nenhum sinal de cardiopatia estrutural foi detectado. Recebeu alta com orientação para investigação ambulatorial de arritmia cardíaca, falecendo, porém, subitamente dois dias após a alta.

Sudden Death in a Patient with Right Bundle Branch Block and Persistent ST Segment Elevation

A 43 year old man was admitted to the hospital due to a syncopal episode and presented on the electrocardiogram a pattern of right bundle branch block (RBBB) associated with ST segment elevation from V_1 to V_4 and normal QT interval. Acute myocardial infarction was suspected but was not confirmed by laboratorial findings. Coronary arteriography was performed and revealed no obstructive disease. No sign suggesting structural heart disease was found. He remained asymptomatic but persisted with RBBB and ST segment elevation. He was discharged from the hospital and was referred to investigation for cardiac arrhythmia as an outpatient, but died suddenly two days later.

Arq Bras Cardiol, volume 66 (nº4), 229-231, 1996

Sabe-se que arritmias ventriculares podem ocorrer em indivíduos sem cardiopatia estrutural aparente^{1,2}. Baseados em aspectos clínicos e eletrocardiográficos, esses indivíduos têm sido classificados em vários subgrupos. Assim, podemos encontrar a síndrome do intervalo QT longo³, taquicardia ventricular idiopática¹, a taquicardia fascicular⁴ e a chamada fibrilação ventricular idiopática². Em 1992, Brugada e Brugada descreveram um novo subgrupo de pacientes com arritmia ventricular e coração normal⁵. Sua casuística era composta de oito pacientes com episódios recorrentes de morte súbita abortada e que apresentavam no eletrocardiograma (ECG), fora das crises, um padrão de bloqueio de ramo direito (BRD) e elevação persistente do segmento ST de V_1 a V_2 - V_3 . Neste relato, apresentamos um caso de morte súbita em indivíduo sem cardiopatia estrutural aparente e que apresentava características eletrocardiográficas idênticas às acima descritas.

Relato do Caso

Homem de 43 anos, branco, sem antecedentes cardiológicos, apresentou em sua residência quadro de síncope. Recobrou os sentidos após alguns minutos, procurando atendimento médico hospitalar em seguida. Deu entrada na unidade de emergência com queixa de mal estar e ECG evidenciando ritmo de fibrilação atrial com algumas extrasístoles ventriculares, padrão de BRD e supradesnivelamento de segmento ST de V_1 a V_4 (fig. 1). Foi admitido em unidade coronariana com hipótese de infarto agudo do miocárdio (IAM) devido às alterações de segmento ST. O exame físico era normal, com exceção de ritmo cardíaco irregular. A pressão arterial era de 130 x 80mmHg. A avaliação laboratorial, incluindo enzimas cardíacas, hemograma, glicemia, escórias nitrogenadas e eletrólitos, era normal. A radiografia de tórax e o ecocardiograma também eram normais. Foi medicado com nitrato por via oral, ácido acetilsalicílico e sedação com benzodiazepínico. O tratamento trombolítico não foi administrado, uma vez que o diagnóstico de IAM não havia sido estabelecido. Após 10h de internação houve reversão espontânea da arritmia para ritmo sinusal, permanecendo as demais alterações eletrocardiográficas inalteradas (fig. 2). O intervalo QT corrigido para a frequência cardíaca era de 436ms. Durante

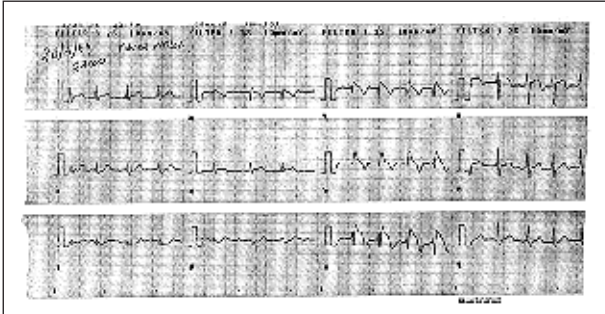


Fig. 1 - Eletrocardiograma de admissão realizado após episódio sincopal, mostrando fibrilação atrial, BRD e supradesnivelamento do segmento ST.

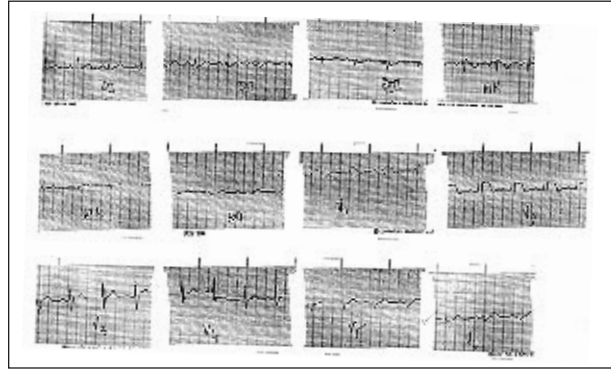


Fig. 2 - Eletrocardiograma em ritmo sinusal, evidenciando persistência do BRD e da elevação do segmento ST.

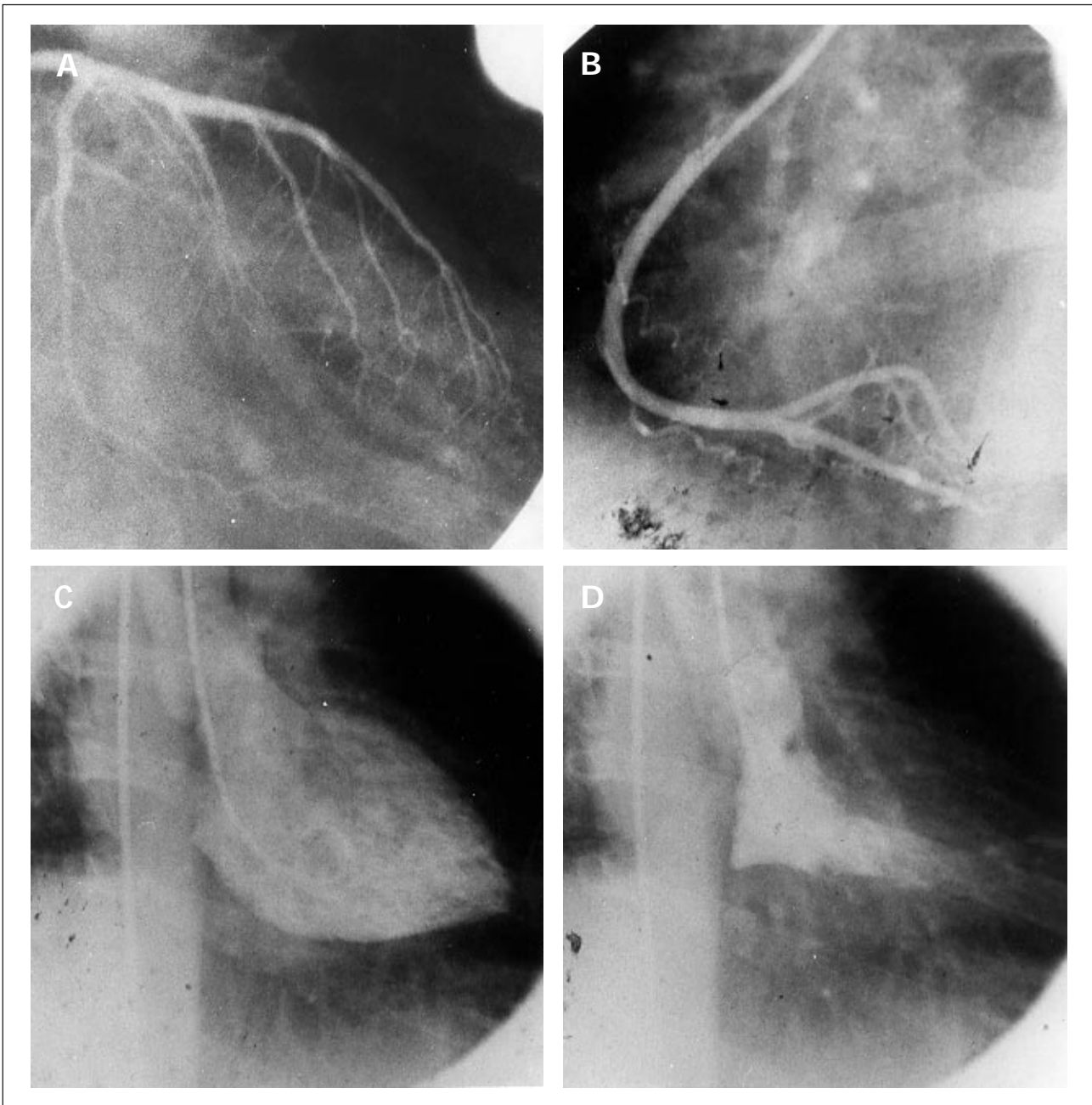


Fig. 3 - A) Coronariografia esquerda em oblíqua anterior direita; B) coronariografia direita em oblíqua anterior esquerda; C) ventriculografia esquerda em diástole; D) ventriculografia esquerda em sístole.

toda a internação, não houve alteração das enzimas cardíacas e o ECG manteve o padrão de BRD e elevação do segmento ST. No 5º dia de internação, realizou cinecoronariografia que revelou artérias coronárias livres de lesão obstrutiva e ventriculografia esquerda normal (fig. 3). Recebeu alta hospitalar no dia seguinte, com orientação para investigação de arritmia cardíaca por monitorização eletrocardiográfica ambulatorial por sistema Holter e estudo eletrofisiológico invasivo. Dois dias após a alta, faleceu subitamente.

Discussão

Nenhum sinal de cardiopatia estrutural foi encontrado em nosso paciente. Doença isquêmica foi afastada por dosagem enzimática e cinecoronariografia normais. Apesar de arritmia ventricular sustentada não ter sido documentada, admite-se que esse tenha sido o mecanismo responsável pela síncope e seu óbito. Trata-se, portanto, de um caso de morte súbita por provável arritmia ventricular, em paciente com coração normal.

Ventriculografia direita não foi realizada, o que impossibilita a exclusão inequívoca de displasia arritmogênica de ventrículo direito. Entretanto, por avaliação não invasiva, nenhum sinal de comprometimento dessa câmara foi encontrado. Além disso, essa entidade tem sido descrita associada a BRD e alterações de onda T⁶, mas nunca a alterações do segmento ST.

Por outro lado, o padrão eletrocardiográfico apresentado é idêntico ao descrito por Brugada e Brugada, ao intro-

duzir um novo subgrupo de pacientes com arritmia ventricular e coração normal⁵. Em sua série todos os episódios sincopais foram devidos a uma taquicardia ventricular do tipo polimórfica, com frequência ventricular extremamente rápida (260 a 352bpm). Um de seus pacientes também apresentava episódios de fibrilação atrial fora das crises, como em nosso caso.

O mecanismo responsável pelos distúrbios de condução e arritmias nesses casos permanece ignorado. Há evidências de que o sistema nervoso autônomo possa estar envolvido. Intervalo HV aumentado foi encontrado em alguns casos sugerindo algum comprometimento do sistema His-Purkinje⁵. Entretanto, baseados nas características polimórficas e ciclo rápido da taquicardia, a hipótese mais provável é de uma reentrada funcional que pode ser deflagrada por batimentos prematuros espontâneos ou induzidos. A anormalidade fisiopatológica subjacente pode ser uma marcante dispersão de refratariedade ou aumento das propriedades de condução anisotrópica do tecido cardíaco⁵.

Este é o 1º caso descrito em nosso meio, de que temos conhecimento. Devido ao desfavorável prognóstico desta síndrome, acreditamos que pacientes com história de síncope recorrente ou que tenham sido ressuscitados de um episódio de morte súbita, devam ser submetidos a implante de um desfibrilador automático que, no momento, é a única forma de evitar a morte súbita. O prognóstico de pacientes assintomáticos não foi estabelecido até a presente data.

Referências

1. Lemery R, Brugada P, Della Bella P, Dugernier T, van den Dool A, Wellens HJJ - Non ischemic ventricular tachycardia. Clinical course and long-term follow-up in patients without clinically overt heart disease. *Circulation* 1989; 79: 990-9.
2. Lemery R, Brugada P, Della Bella P, Dugernier T, Wellens HJJ - Ventricular fibrillation in six adults without overt heart disease. *J Am Coll Cardiol* 1989; 13: 911-6.
3. Schwartz PJ - Idiopathic long QT syndrome: progress and questions. *Am Heart J* 1985; 109: 399-411.
4. Lin FC, Finley D, Rahimtoola SH, Wu D - Idiopathic paroxysmal ventricular tachycardia with a QRS pattern of right bundle branch block and left axis deviation: a unique clinical entity with specific properties. *Am J Cardiol* 1983; 52: 97-101.
5. Brugada P, Brugada J - Right bundle branch block, persistent ST segment elevation and sudden cardiac death: a distinct clinical and electrocardiographic syndrome. *J Am Coll Cardiol* 1992; 20: 1391-6.
6. Marchlinski FE - Ventricular tachycardia: clinical presentation, course, and therapy. In: Zipes DP, Jalife J, eds - *Cardiac Electrophysiology. From Cell to Bedside*. Philadelphia: WB Saunders 1990: 770.