

Bloqueio do ramo esquerdo: marcador de disfunção ventricular

Alfredo José da Fonseca^I, Camila Kruschewsky Falcão^{II}, Acácio Fernandes Cardoso^I, Carlos Alberto Rodrigues de Oliveira^I, José Luiz Briguet Cassiolato^{III}, Antonio Américo Friedmann^{IV}

Serviço de Eletrocardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

Os bloqueios de ramo podem ser encontrados casualmente em exame de rotina de indivíduos saudáveis, mas podem também representar importantes marcadores de doença subjacente. Ao contrário do bloqueio do ramo direito (BRD), verificado com frequência em pacientes assintomáticos, o bloqueio do ramo esquerdo (BRE) é observado, na maioria das vezes, em enfermos com evidência objetiva de cardiopatia estrutural.¹ As causas mais frequentes são hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronária, estenose aórtica e cardiomiopatias. Nessas doenças, o BRE surge em graus avançados de comprometimento cardíaco, geralmente associado a disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (VE). O caso relatado ilustra essas observações.

RELATO DO CASO

A paciente idosa, de 83 anos, em tratamento de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca (classe funcional III), medicada com losartana, carvedilol, furosemida e espironolactona, compareceu ao ambulatório para realizar

eletrocardiograma (ECG) de rotina. O ECG (**Figura 1**) revelou ritmo sinusal com frequência cardíaca (FC) 72 bpm e QRS muito alargado (duração = 165 ms), com morfologia de BRE.

Em seguida foi realizado traçado longo da derivação D2 (**Figura 2**) para análise do ritmo. Na quarta linha, foram registradas duas extrassístoles ventriculares pareadas, após as quais houve acentuada mudança da morfologia do QRS nos batimentos subsequentes, sugestiva de redução do distúrbio dromótopo ou facilitação da condução. O ECG de 12 derivações (**Figura 3**), realizado após, mostrou regressão do BRE e sinais de hipertrofia ventricular esquerda, com alterações secundárias da repolarização ventricular.

Na monitorização eletrocardiográfica de 24 horas (sistema Holter), observaram-se frequentes extrassístoles ventriculares com pares e algumas taquicardias ventriculares não sustentadas (TVNS), a mais longa com sete batimentos. A análise do QRS confirmou o distúrbio de condução pelo ramo esquerdo na maior parte do registro e o fenômeno de facilitação de condução após pausas pós-extrassistólicas (**Figura 4**).

No ecocardiograma transtorácico (**Figura 5**), verificaram-se dilatação discreta do VE (5,5 cm) com hipocinesia difusa,

^IMédico assistente do Serviço de Eletrocardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

^{II}Médica residente R2 da Clínica Geral do do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

^{III}Médico colaborador do Serviço de Eletrocardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

^{IV}Professor livre-docente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Editor responsável por esta seção:

Antonio Américo Friedmann. Professor livre-docente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência:

Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Prof. Milton de Arruda Martins) — Prédio dos Ambulatórios — Serviço de Eletrocardiologia
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 155
São Paulo (SP) — CEP 05403-000
Tel. (11) 2661-7146 — Fax. (11) 2661-8239
E-mail: aafriedmann@gmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesse: nenhum declarado

Entrada: 9 de maio de 2016 — Última modificação: 19 de maio de 2016 — Aceite: 24 de maio de 2016

fração de ejeção (método Simpson) de 0,32 (valor normal > 0,65) e insuficiência mitral moderada. Após os resultados dos exames complementares a paciente foi encaminhada para o grupo especializado de insuficiência cardíaca para

otimização do tratamento medicamentoso e também avaliação para tratamento intervencionista (terapia de ressincronização cardíaca), com intuito de corrigir a acentuada disfunção ventricular esquerda agravada por BRE.

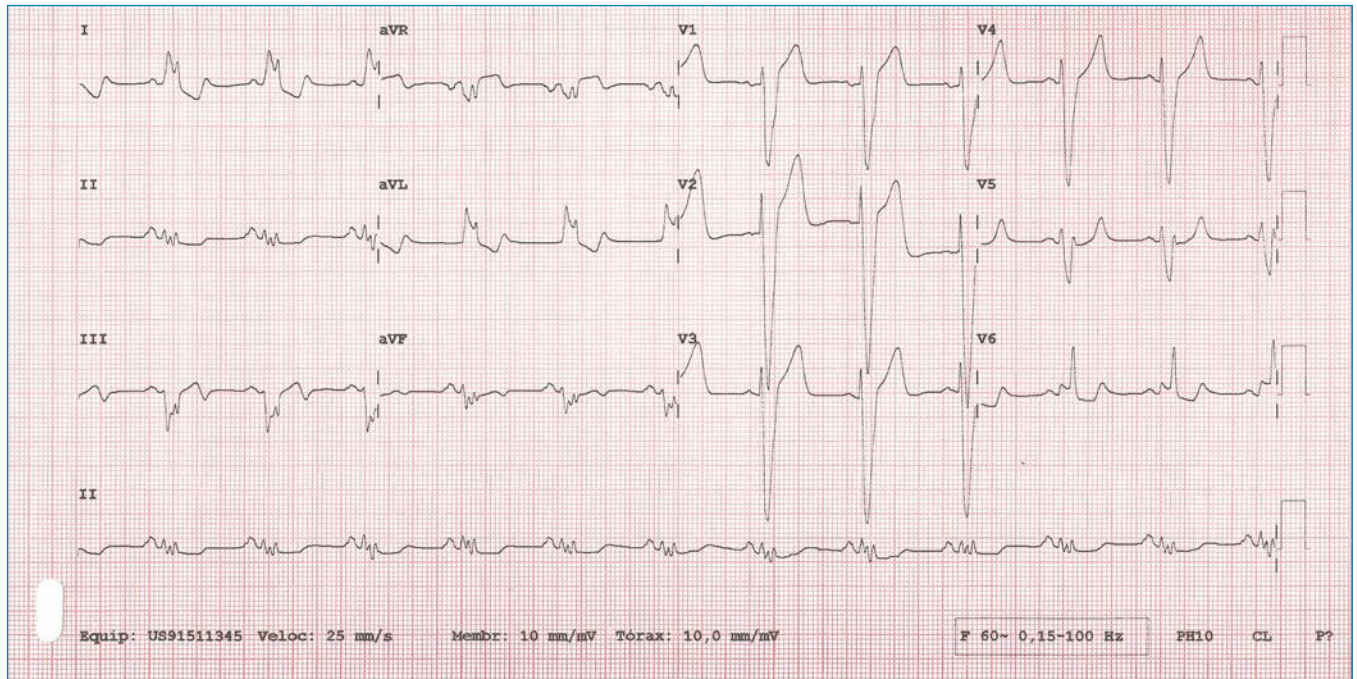


Figura 1. Bloqueio do ramo esquerdo. QRS alargado (165 ms) e orientado a -30° , ondas R puras e entalhadas em derivações esquerdas (D1, aVL e V6) e morfologia rS em V1. O alargamento acentuado do QRS e o aumento de amplitude em V2 (> 30 mm) e em V3 (> 25 mm) sugerem sobrecarga ventricular esquerda associada.

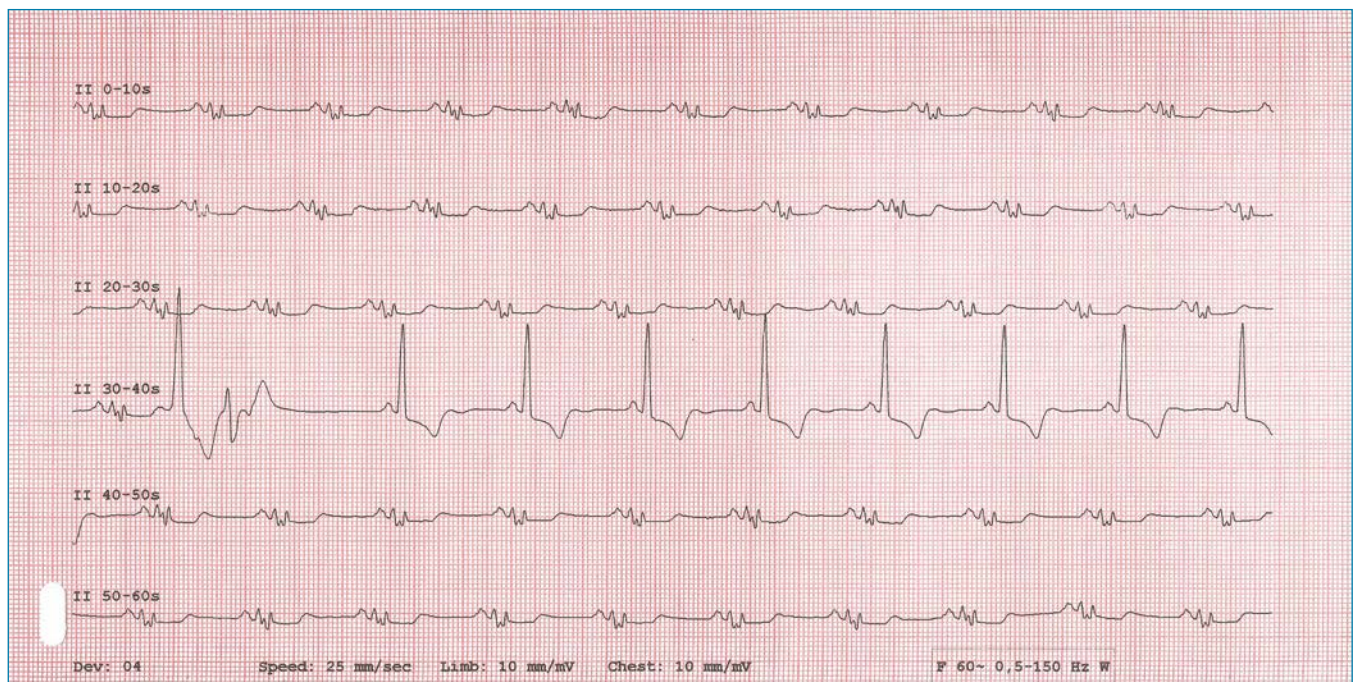


Figura 2. Fenômeno de facilitação da condução. Ritmo de base sinusal com QRS alargado por bloqueio do ramo esquerdo. Na quarta linha, após um par de extrasístoles ventriculares, os complexos QRS seguintes exibem duração diminuída e mudança do eixo elétrico e da morfologia.

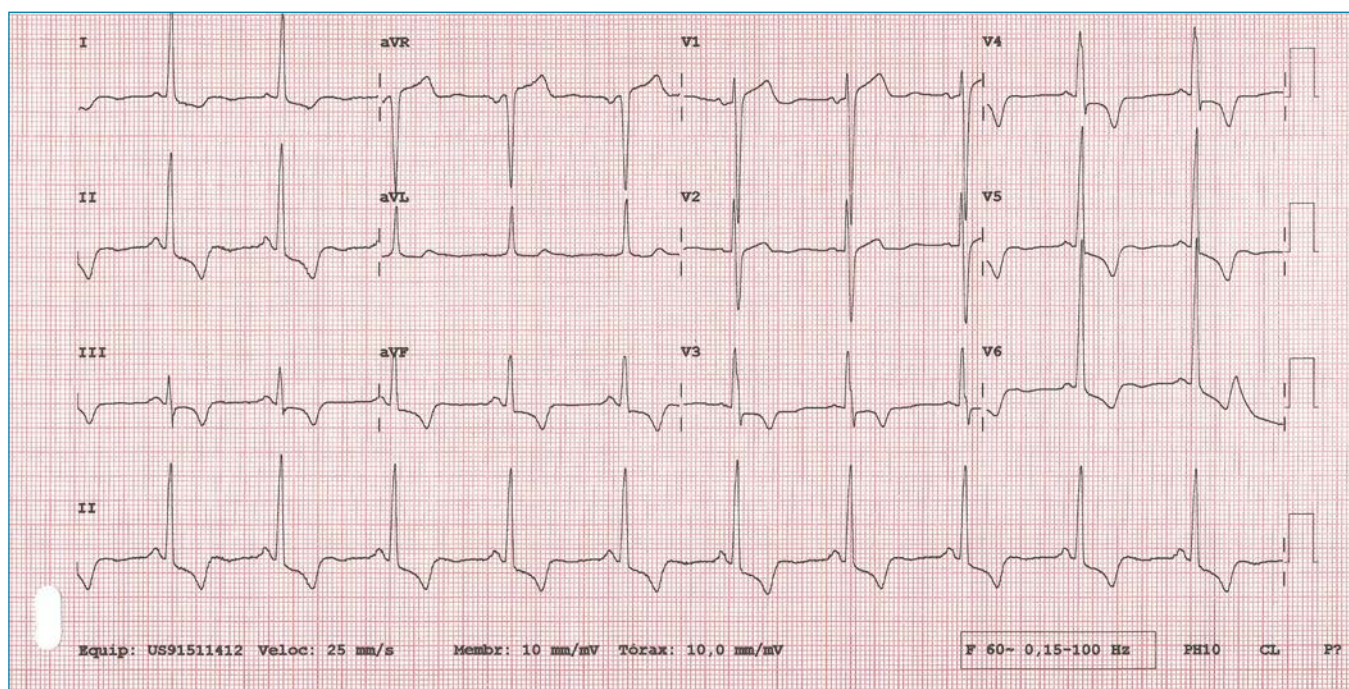


Figura 3. Hipertrofia ventricular esquerda. QRS com duração 96 ms e orientação -35° . Índice de Sokolow-Lyon de 50 mm. Ondas T negativas (padrão "strain").



Figura 4. Trecho de Holter exibindo extrassístole ventricular e facilitação da condução do QRS seguinte à pausa pós-extrassistólica.

