

DISSOCIAÇÃO ISORRÍTMICA COM FALHAS VENTRICULARES

DR. HERVAL T. BITTENCOURT

Prof. Livre da Faculdade de Medicina

Enquanto discutem unicistas, dualistas e, agora- neo-unicistas, todo caso de dissociação aurículo-ventricular merece estudado cuidadosamente. Assim, verificaremos, uma vez por outra, particularidades que pareceriam de menor importância a um exame superficial, mas que muito interessam ao esclarecimento do assunto.

Por isso é que contribuo com uma pequena parcela, apresentando dois casos de dissociação, que, pelas suas características, pareceu-me acertado rotulá-los de "Dissociação Isorrítmica com Falhas Ventriculares".

Eu dispensarei as observações clínicas, para considerar apenas a parte electrocardiográfica, que é a que nos interessa.

No primeiro caso (fig. 1), trata-se de uma doente de 18 anos, acometida de infecção tífica, com grave repercussão miocárdica, manifestada no ecg pela acentuada taquicardia, que varia de 150 a 175, pela alternância elétrica e pela negatividade de T em D1 e D2. Os fenômenos clínicos foram surgindo gradual e lentamente.

Si fizéssemos abstração dos trechos Ib e IIb, o traçado bem poderia simular o de uma taquicardia nodal paroxísmica, pois que nas demais derivações o P se acha mascarado pelo T.

Nos trechos Ib e IIb, entretanto, vemos nitidamente a onda P cair sobre o fim de T, depois no meio, em seguida no início, para, no fim de 3,4, ou 5 batimentos ventriculares, haver uma falha ventricular. Temos assim o classico bloqueio auriculo-ventricular parcial (tipo I de Wenckebach e Winterberg), com períodos de Luciani-Wenckebach.

Chamo atenção agora para os seguintes dados: 1) em I, II, III e IV F, onde não há os referidos períodos, os intervalos R-R medem 0,"35 — 0,"01; 2) em Ib e IIb, onde os há, os intervalos R-R medem 0,"40 — 0,"02, exceção feita dos trechos em que há falha ventricular, onde medem 0,"54; 3) os intervalos P-P medem — 0,"35. Portanto, dois fatos daí ressaltam: 1.º Feita abstração das falhas, há regularidade perfeita do ritmo ventricular. 2.º Só há períodos de Luciani-Wenckebach quando a frequência ventricular passa de 171 para 146.

Os ritmos auricular e ventricular são aqui, portanto, inteiramente independentes.

Esses fenômenos foram transitórios. A figura 2 é a de um traçado 2 1/2 meses, e a fig. 3, seis meses após o da fig 1. No último registra-se apenas taquicardia sinusal.

Eu confesso as minhas tendências para o dualismo, e, talvez por isso, esteja a ver o que outros não veriam. Parece-me, entretanto, que a noção da dificuldade crescente da condução do estímulo da aurícula para o ventrículo não se ajusta bem ao nosso caso, nem a muitos outros que tenho analisado, aos quais brevemente darei publicidade. Que embaraço seria êsse, na verdade, cuja progressão seria de tal ordem que iria produzir um ritmo ventricular regular ?

Mas — perguntar-me-iam, com certeza — como se explicariam as falhas ventriculares, sinão por um retardamento da condução, o qual, em dado momento, não mais permitiria ao estímulo alcançar o ventrículo ?

Eu não sei explicar o mecanismo de produção das falhas ventriculares dos chamados bloqueios parciais tipo I. Mas o que posso mostrar é que falhas de aspecto semelhante se registram sem que haja retardamento prévio e progressivo da condução aurículo-ventricular.

É o que ocorre no nosso 2.º caso (fig. 4). Trata-se de uma senhora de 64 anos, acometida de um suposto reumatismo cárdio-articular.

Aquí, ao envez do alargamento, há o encurtamento gradativo do P-R. É uma dissociação isorrítmica, com uma relação da frequência auricular para a ventricular de 111/117.

Embora não tenhamos tirado um traçado longo, pode-se, entretanto, observar que, quando o P cai um pouco adiante do QRS, registra-se uma falha ventricular. Isso ocorre após o 3.º P em D2 e o 1.º em D3 (note-se a diferença, nesta derivação, entre o 1.º RS-T e os demais, o que denota a incidência de P).

Excluídas as falhas, os intervalos R-R têm, mais ou menos, duração constante. Os intervalos P-P são iguais em todo o traçado, com variação de 0,"01.

Não se verifica aquí a captura, fenómeno comum em traçados dessa espécie.

Esse traçado foi tirado à tarde, e no dia imediato, pela manhã, voltei à casa do paciente para tirar um mais longo, na esperança de obter um melhor registro (fig. 5). Em D2 a extensão foi grande, mas o "film" foi seccionado por ter o trecho eliminado aspecto idêntico ao do que aquí apresento.

A dissociação persistiu, mas houve modificações sensíveis. A frequência auricular, que era de 111, passou para 157, e a ventricular de 117 para 94. Os ritmos continuaram regulares. As falhas ventriculares, porém, não mais se registram.

Vale notada aqui uma particularidade. Si fizermos abstração alternadamente dos PP, verifica-se que o encurtamento do P-R se apresenta com a mesma progressão da do traçado anterior.

Neste segundo traçado teríamos o chamado bloqueio total.

Cinco dias após, fizemos novo traçado (fig. 6). Nenhum distúrbio da conexão aurículo-ventricular apresentava mais a paciente.

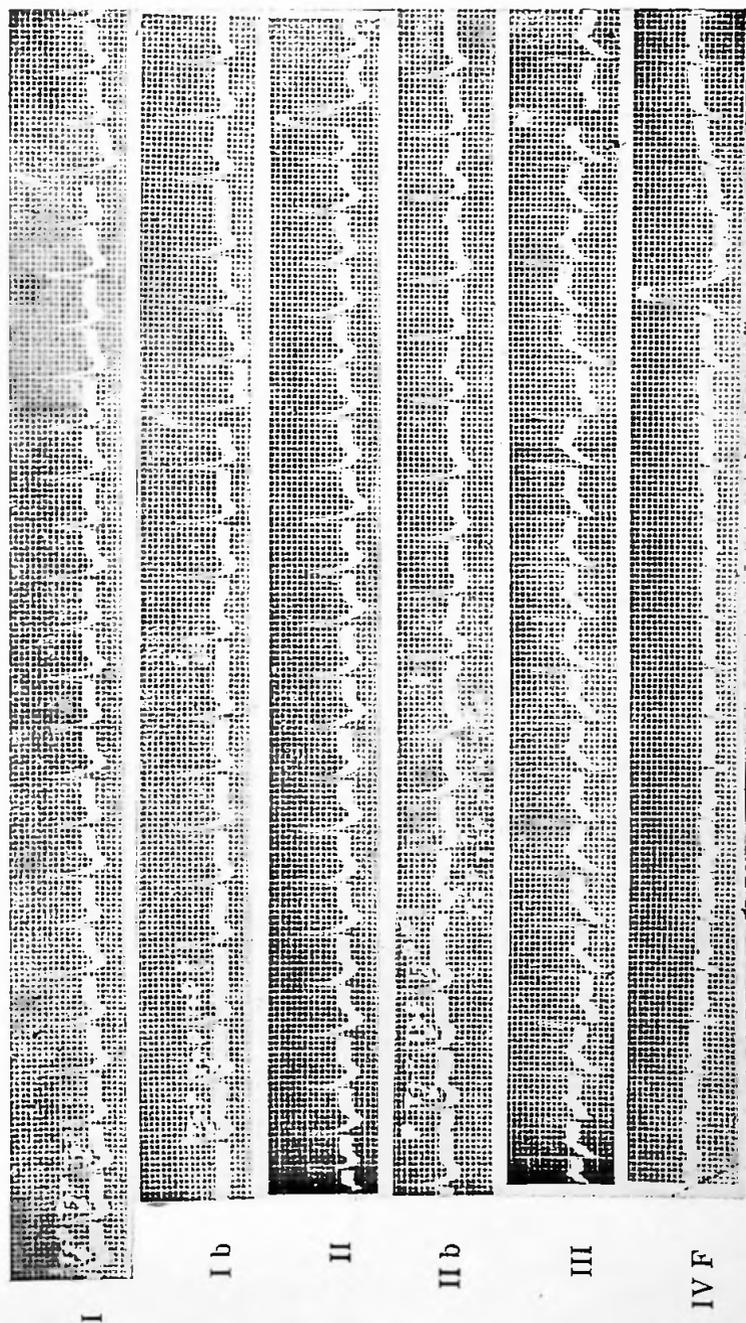
Perguntaria eu, também, agora: Por que essa falha ventricular no nosso 2.º caso?

Parece-me mais lógico que, tanto em um como em outro caso, se busque a explicação numa inexcitabilidade ventricular transitória, tal como procuram explicar Wenckebach e Hay (1) os casos de bloqueio parcial de tipo II.

Finalizando, temos a acentuar o seguinte. Em ambos os nossos casos há uma independência dos ritmos auriculares e ventriculares. A frequência das câmaras é aproximada: mais rápida para a aurícula no primeiro caso, mais para o ventrículo no segundo. Em ambos registram-se pausas ventriculares, que surgem quando o P cai imediatamente após o QRS.

Em que pesem as objeções que possa merecer, mormente no que se refere ao primeiro caso, pareceu-me ajustada a designação de "Dissociação Isorrítmica com Falhas Ventriculares".

(1) Citados por Geraudel, E.: Arch. Mal. Coeur, pg. 339, 1932.



M. H. H. I b foi tirado alguns instantes após I
II b também alguns instantes após II
Fig. 1

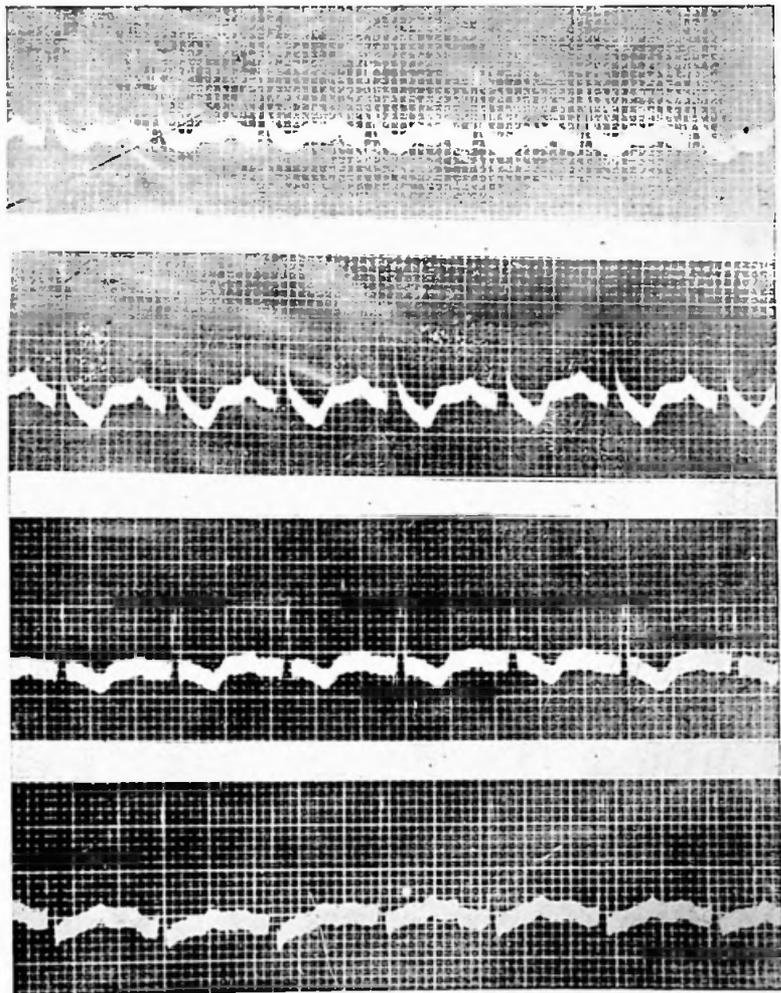


Fig. 2

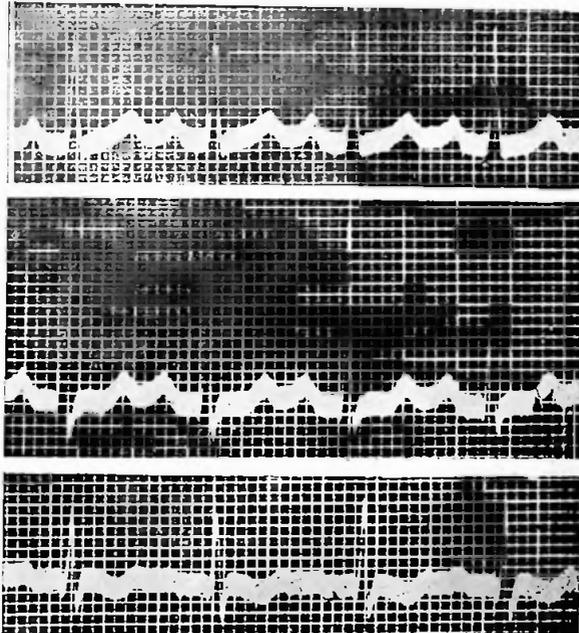


Fig. 3

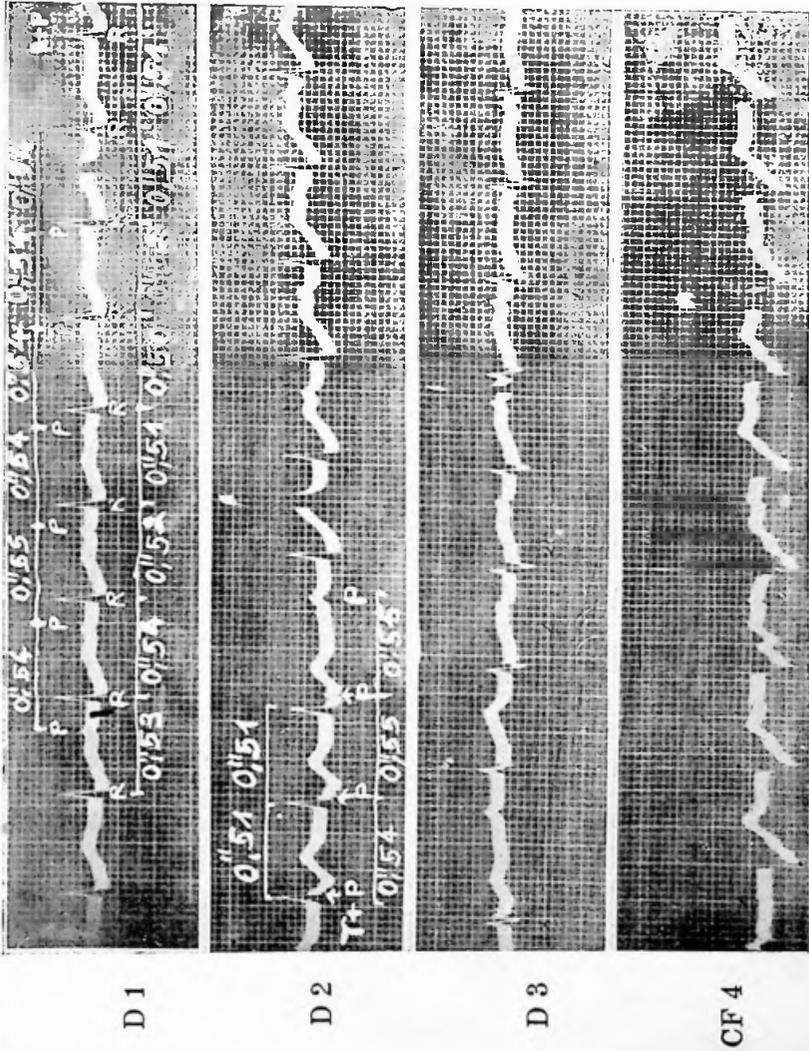


Fig. 4

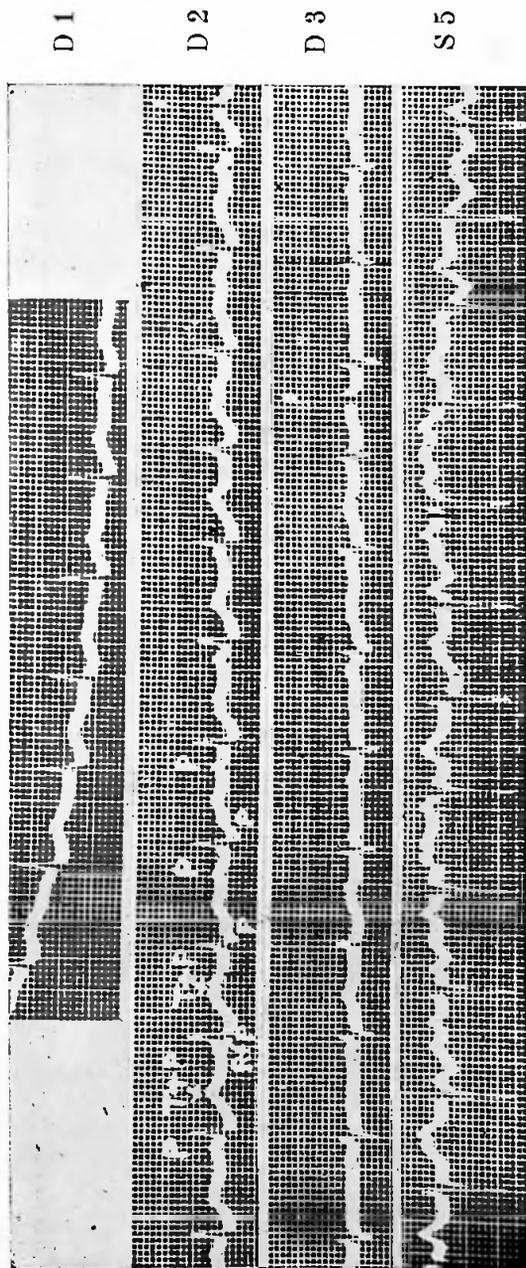


Fig. 5

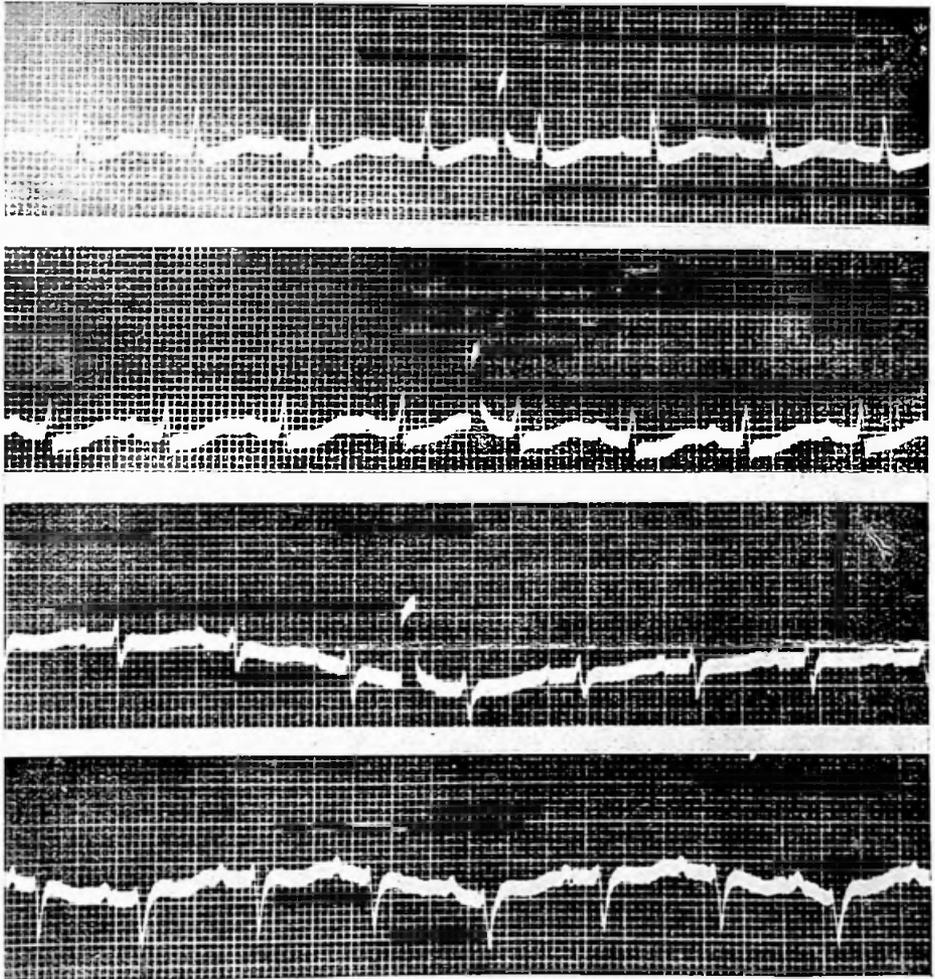


Fig. 6

SUMMARY

The A. describes two cases of heart block which he classifies as *isorhythmic dissociation*. The frequency of the heart cavities was approximately the same: in the first observation the auricular beats were slightly faster and the contrary was found in the second case. In both cases ventricular pauses were observed when P wave fell after Q R S group.
