



Revista Portuguesa de
Cardiologia
Portuguese Journal of **Cardiology**
www.revportcardiol.org



CASO CLÍNICO

Taquicardia mediada por via Mahaim

Gustavo Lima da Silva*, Nuno Cortez-Dias, Ana Bernardes, João Sousa

Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Maria, Centro Académico Médico de Lisboa, CCUL, Lisboa, Portugal

Recebido a 23 de setembro de 2016; aceite a 6 de janeiro de 2017

PALAVRAS-CHAVE

Taquicardia de complexos alargados;
Via Mahaim;
Pré-excitação ventricular;
Estudo eletrofisiológico

KEYWORDS

Wide QRS tachycardia;
Mahaim fiber;
Ventricular pre-excitation;
Electrophysiology study

Resumo É apresentado um caso de um doente de 42 anos, previamente saudável, com episódio de palpitações de início súbito, rápidas e regulares que motivaram ida ao serviço de urgência. O ECG mostrou taquicardia regular, 190 bpm, QRS alargados e padrão de bloqueio de ramo esquerdo. Foi instituída perfusão de amiodarona com progressão para taquicardia irregular, 230 bpm com QRS alargados e de diferentes morfologias seguida de conversão espontânea a ritmo sinusal, com intervalo PR de duração normal e padrão rS em DIII. O ecocardiograma não mostrava cardiopatia estrutural. O estudo eletrofisiológico demonstrou a presença de via acessória sem capacidade de condução retrógrada e com condução anterógrada com propriedades decrementais; e indução de ambas as taquidisritmias clínicas. Foi feito o diagnóstico de taquicardia de reentrada auriculoventricular antidrômica e de fibrilação auricular pré-estimada mediadas por via acessória do tipo Mahaim. Foi efetuado mapeamento com detecção de potencial M (His-like) no nível do anel tricúspide lateral e feita ablação com radiofrequência com critérios de sucesso imediato. Após ablação verificou-se alteração do padrão em DIII para qR. Após 12 meses de seguimento não se verificou recorrência da taquidisritmia.

© 2017 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

Mahaim fiber-mediated tachycardia

Abstract We present the case of a previously healthy 42-year-old man who attended the emergency department due to a sudden onset of rapid and regular palpitations. The ECG showed 190 bpm, wide QRS with left bundle branch block tachycardia. He was started on amiodarone with progression to 230 bpm, wide QRS tachycardia with multiple morphologies, followed by spontaneous conversion to sinus rhythm, normal PR interval and rS pattern in DIII. The echocardiogram was negative for structural heart disease. The electrophysiological study demonstrated the presence of an accessory pathway with anterograde decremental conduction and no retrograde conduction. Both episodes of clinical tachycardia were induced. A diagnosis of Mahaim

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: gustavolssilva@gmail.com (G. Lima da Silva).

fiber-mediated antidromic atrioventricular reentrant tachycardia and pre-excited atrial fibrillation was made. Mapping was performed with detection of an M potential (His-like) at the lateral region of the tricuspid ring followed by radiofrequency ablation with immediate success criteria. Post-ablation there was a change to a qR pattern in LIII. At 12-months follow-up there was no recurrence of the tachycardia.

© 2017 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Lista de abreviaturas

AV	Auriculoventricular
BRE	Bloqueio de ramo esquerdo
ECG	Eletrcardiograma de 12 derivações
EEF	Estudo eletrofisiológico
NAV	Nódulo auriculoventricular
TAM	Taquicardia automática Mahaim
TRAV	Taquicardia de reentrada auriculoventricular
TRNAV	Taquicardia de reentrada nodal auriculoventricular
TSV	Taquicardias supraventriculares
VA	Vias acessórias
VA-M	Vias acessórias do tipo Mahaim

Introdução

As vias acessórias do tipo Mahaim (VA-M) são VA pouco frequentes e apresentam características específicas. Em geral localizam-se na região lateral do anel tricúspide, estabelecem uma conexão direta entre o tecido auricular e o tecido de condução infra-hisiano (mais frequentemente o ramo direito do feixe de His) e são caracterizadas por apresentar condução anterograda decremental (NAV-like) e ausência de condução retrógrada. As VA-M contribuem para diferentes tipos de disritmias. Estão associadas a outras VA em 40% dos casos e está descrita a associação com a anomalia de Ebstein. O tratamento de eleição é a ablação por radiofrequência.

Caso clínico

Apresenta-se o caso de um homem de 42 anos, saudável, que recorreu ao serviço de urgência por um quadro de palpitações de início súbito, rápidas e regulares, com uma hora de evolução. Encontrava-se vígil, orientado, eupneico, com uma pressão arterial sistêmica de 130/80 mmHg e uma frequência cardíaca de 190 bpm. Não apresentava sinais congestivos ou de baixo débito cardíaco. O eletrcardiograma de 12 derivações (ECG) mostrou taquicardia regular, 190 bpm, com QRS alargados (131ms), morfologia de bloqueio de ramo esquerdo (BRE), eixo -30°, com R monofásico em DI, rS em V1 e transição RS em V5 (figura 1). Foi instituída perfusão de amiodarona com progressão para taquicardia irregular, 230 bpm (ocasionais intervalos RR < 200ms), QRS alargados de diferentes morfologias (figura 2) e com manutenção de

estabilidade hemodinâmica. Após dois minutos, verificou-se conversão espontânea a ritmo sinusal, 70bpm, PR de duração normal e padrão rS em DIII (figura 3A).

O doente foi internado no Serviço de Cardiologia com o diagnóstico de taquicardia de complexos alargados com morfologia de BRE de etiologia a esclarecer. A avaliação laboratorial foi normal. O ecocardiograma transtorácico feito não mostrou cardiopatia estrutural. O estudo eletrofisiológico (EEF) revelou: 1) Condução auriculoventricular retrógrada por via nodal, sem evidência de condução retrógrada através de via acessória (intervalo VA com prolongamento progressivo durante *pacing* incremental ventricular) (figura suplementar 1A); 2) Sob *pacing* auricular incremental, verificou-se aumento do intervalo AV (aumento de intervalo AH, redução de HV) e alargamento progressivo do QRS (evidência de pré-excitação ventricular por VA com propriedades anterógradas decrementais) (figura suplementar 1B, 1B e figura suplementar 2); 3) Indução de taquicardia de reentrada auriculoventricular (TRAV) antidrômica com morfologia de BRE, semelhante a taquicardia documentada (figura suplementar 3A e 3B); 4) Progressão para fibrilhação auricular pré-excitada, mimetizou a arritmia clínica (figura suplementar 4A e 4B). Tais achados permitiram o diagnóstico de TRAV antidrômica e fibrilhação auricular pré-excitada mediadas por VA-M. Foi efetuada mapeamento com detecção de potencial M (His-like) no nível do anel tricúspide lateral e feita ablação com radiofrequência com critérios de sucesso imediato (figura 4) – abolição de potencial M e incapacidade de indução de TRAV. No ECG após ablação, verificou-se modificação do padrão em DIII para qR, sugeriu a presença de pré-excitação «mascarada» nos exames prévios em ritmo sinusal (figura 3B). Aos 12 meses de seguimento não se verificou recorrência da taquidistritmia e o ECG manteve-se sem pré-excitação.

Discussão

O diagnóstico diferencial de taquicardias regulares de complexos alargados com padrão de BRE - QRS > 130 ms, QS ou rS em V1, R monofásico (sem Q) em V6 e *notching* em ≥ 2 derivações entre V1, V2, V5, V6, D1 ou aVL¹ e desvio esquerdo do eixo elétrico é limitado a três entidades: 1) TSV com condução aberrante do tipo BREt (fixo ou funcional); 2) TSV mediadas por VA-M; 3) Taquicardia ventricular intramiocárdica (i.e. região adjacente ao anel tricúspide lateral), ou de reentrada ramo a ramo².

As VA-M associam-se a dois tipos diferentes de TSV: 1) TSV em que a VA-M faz parte do circuito da taquicardia; 2) TSV em que a VA-M não faz parte do circuito da taquicardia,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7536101>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7536101>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)