



# 42º

# COLÓQUIO JOÃO TRANCHESI



## Coordenação

Carlos Alberto Pastore  
Paulo Jorge Moffa

## Colaboração

Nelson Samesima  
Augusto Uchida  
Horácio Pereira Filho  
Fernanda Fumagalli

## Participantes

Cláudio Pinho (SP)  
Eduardo Machado Andrea (RJ)  
Hélio Germiniani (PR)  
João Pimenta (SP)  
Joel Alves Pinho Filho (BA)  
José Cláudio Lupi Kruse (RS)

## Participantes

José Costa Rocha (PE)  
Lurildo Cleano R. Saraiva (PE)  
Nancy Tobias (SP)  
Rubens Nassar Darwich (MG)

Dia 08/09/2008. Sala 21. Horário: 8:30 às 10:30h.



63º Congresso Brasileiro de Cardiologia  
Curitiba (PR)





**CASO 1.** FCMR, 26 anos, Fem.

**CASO 2.** BRC, 48 anos, Masc.

**CASO 3.** SRR, 60 anos, Masc.

**CASO 4.** SAF, 33 anos, Fem.

**CASO 5.** AAJ, 29 anos, Fem.

**CASO 6.** EABS, 49 anos, Fem.

**CASO 7.** OB, 57 anos, Masc.

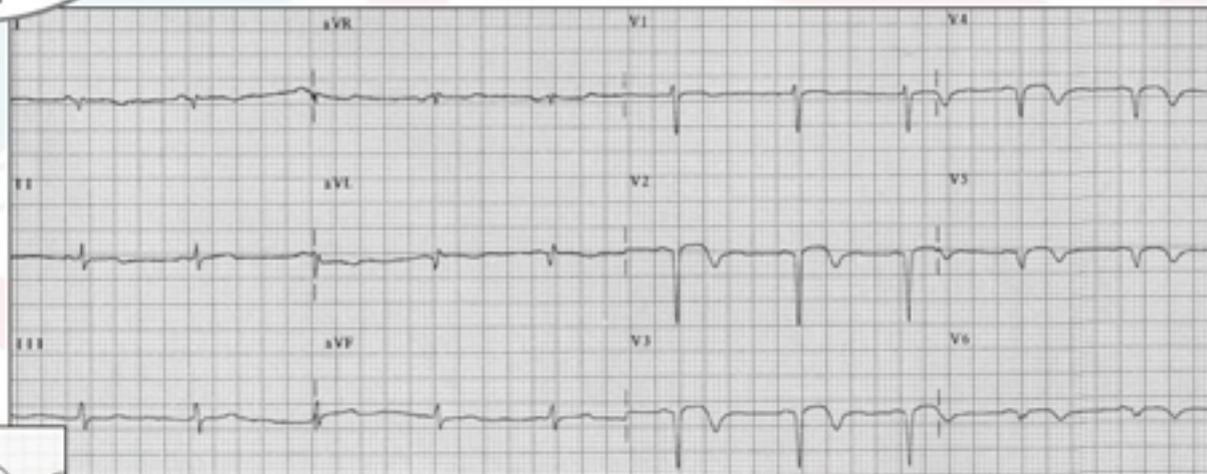
**CASO 8.** CVD, 14 anos, Masc.

**CASO 9.** ERR, 60 anos, Masc.

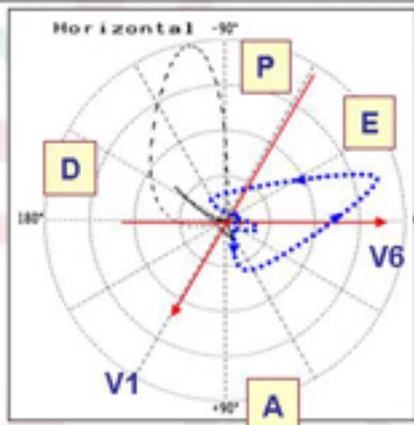
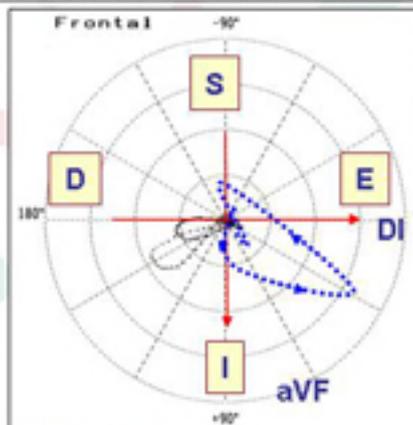
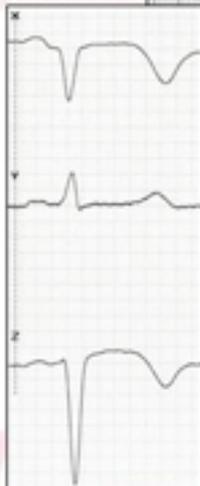
**CASO 10.** RPV, 68 anos, Masc.

# Caso 1

FCMR, 26 anos, Fem.



Sens.4



### **ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO**

- **FEVE 40%; DDVE 52 mm; DSVE 38 mm; AE 33 mm.**
- **Comprometimento segmentar do VE**
  - **Acinesia anterior e septal (médio e apical) e inferior (apical)**
- **Disfunção sistólica moderada**
- **Disfunção diastólica grau 4**

### **VENTRICULOGRAFIA RADIOISOTÓPICA**

- **Hipocaptação persistente anterior, septal e apical**
- **FEVE: 32% (disfunção de grau moderado a acentuado)**
- **Discinesia apical**

### **CINECORONARIOGRAFIA**

- **DA oclusão em 1/3 proximal.**

### **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

- **Disfunção importante VE**
- **Discinesia do segmento anterior e apex**
- **Demais segmentos hipocinéticos**
- **Realce tardio compatível com fibrose anterior (medial e apical)**

### **RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA**

- **Fenômeno de Raynaud a/e**
- **Seguimento com reumatologista.**
- **IAM em outubro/2007**
- **Stent em DA proximal**
- **Atual: CF II**
- **Dosagem de anticorpo anti-fosfolípide: positiva**

## SÍNDROME ANTI-FOSFOLÍPIDE

### Diagnóstico

- **Pelo menos um tipo de anticorpo anti-fosfolípide sérico**
  - **anti-coagulante lúpico**
  - **anticorpo anti-cardiolipina**
  - **anti- $\beta$ 2 glicoproteína I**
- **Pelo menos uma das manifestações**
  - **trombose arterial ou venosa**
  - **abortamentos recorrentes**
  - **trombocitopenia**

# Caso 1

## SÍNDROME ANTI-FOSFOLÍPIDE

### Manifestação Clínica

▪ TVP	32%
▪ Trombocitopenia	22%
▪ Livedo reticular	20%
▪ AVC	13%
▪ Tromboflebite superficial	9%
▪ Embolia pulmonar	9%
▪ Abortamento	8%
▪ AIT	7%
▪ Anemia hemolítica	7%

### Cardiovascular

- Espessamento valvular
- Nódulos na V.mitral
- Vegetações não bacterianas
- Trombos intracardíacos
- Reestenose de enxertos
- Dç vascular periférica
- Doença Isquêmica **Controverso**



- Síndrome anti-fosfolípide
- ICO uniarterial

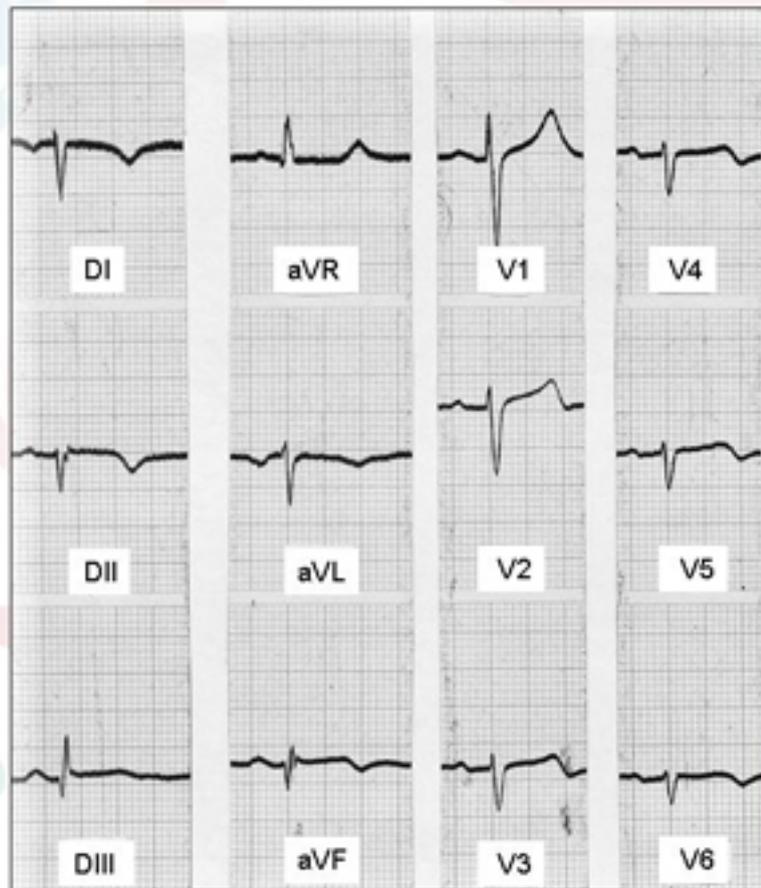
CASO 1

• SÍNDROME CORONARIANA



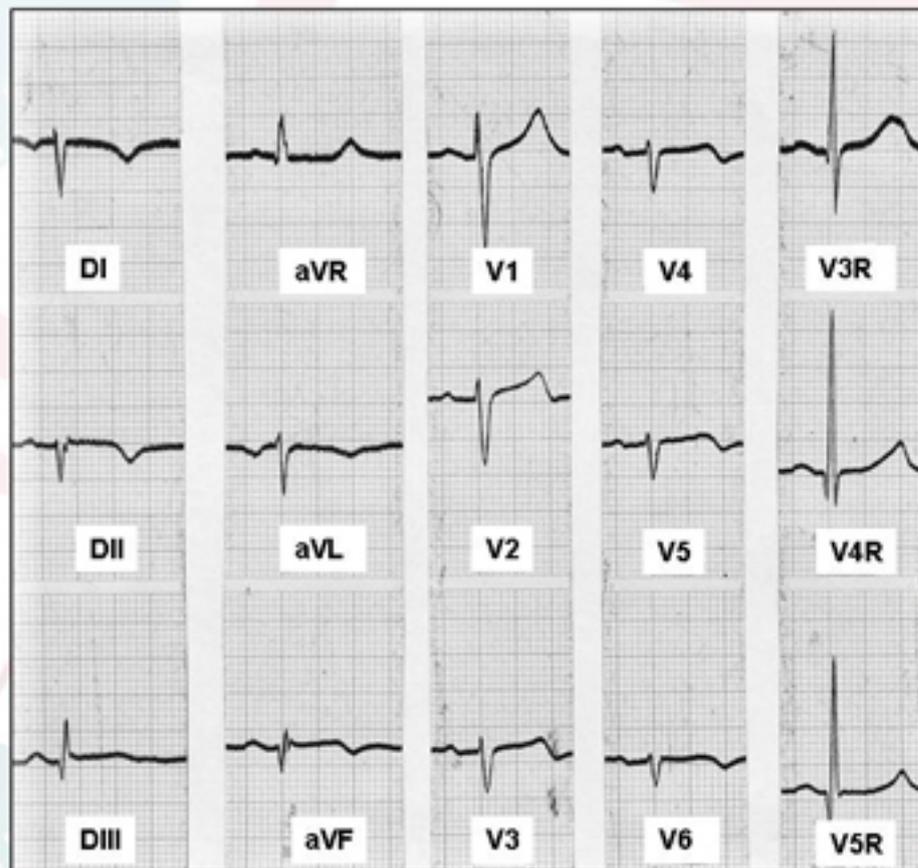
Caso  
2

BRC, 48 anos, Masc. Assintomático. Aval. pré-operatória.



Caso  
2

BRC, 48 anos, Masc. Precordiais direitas.



Caso  
2

BRC, 48 anos, Masc. Assintomático. Aval. pré-operatória.



PH



PS



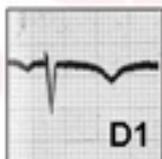
PF



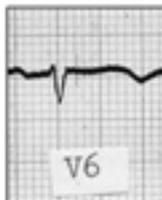
**CABOS  
INVERTIDOS**

# ALGORITMO

**Step 1:** onda P em D1 ou V6



**Step 2:** Início do QRS (q ou r em D1/V6)



**Step 3:** Concordância/Discordância

**Step 4:** Posição cardíaca (onda T)



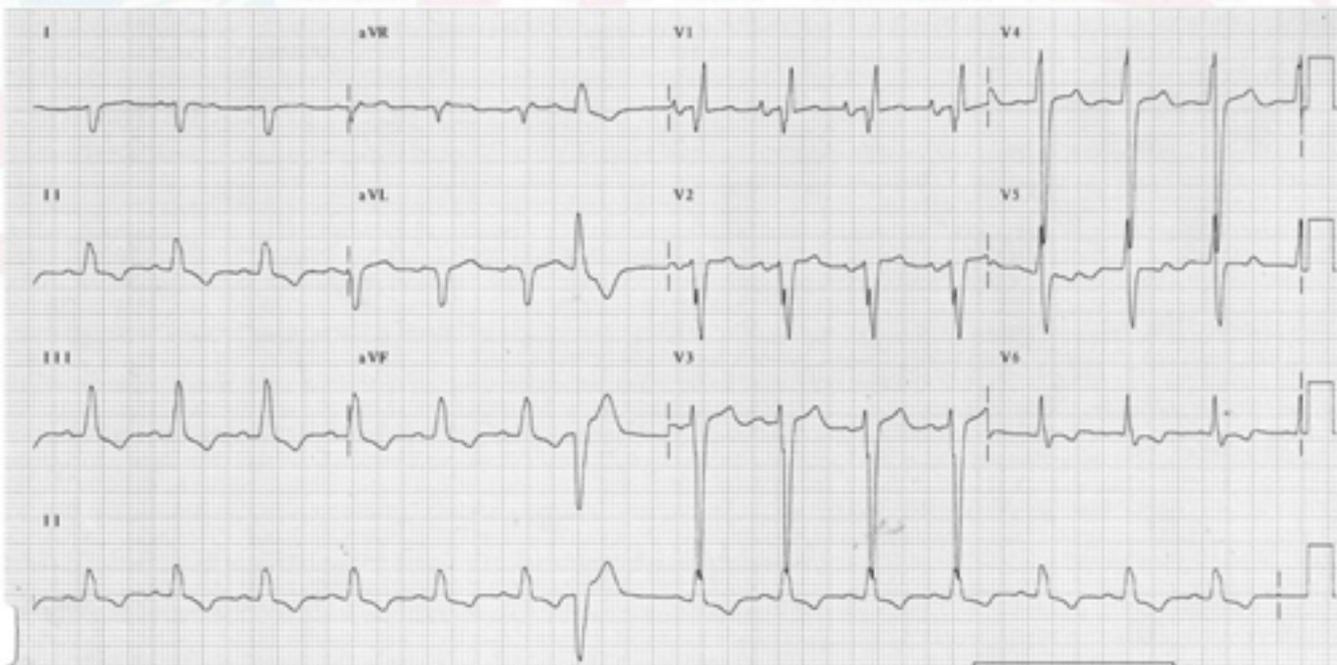
**Incidência de dextrocardia: 1:10.000 na população geral**  
**Incidência de DAC na dextrocardia: igual a população geral**

CASO 2

- **DEXTROCARDIA VERDADEIRA**
- **ÁREA INATIVA INFERIOR**

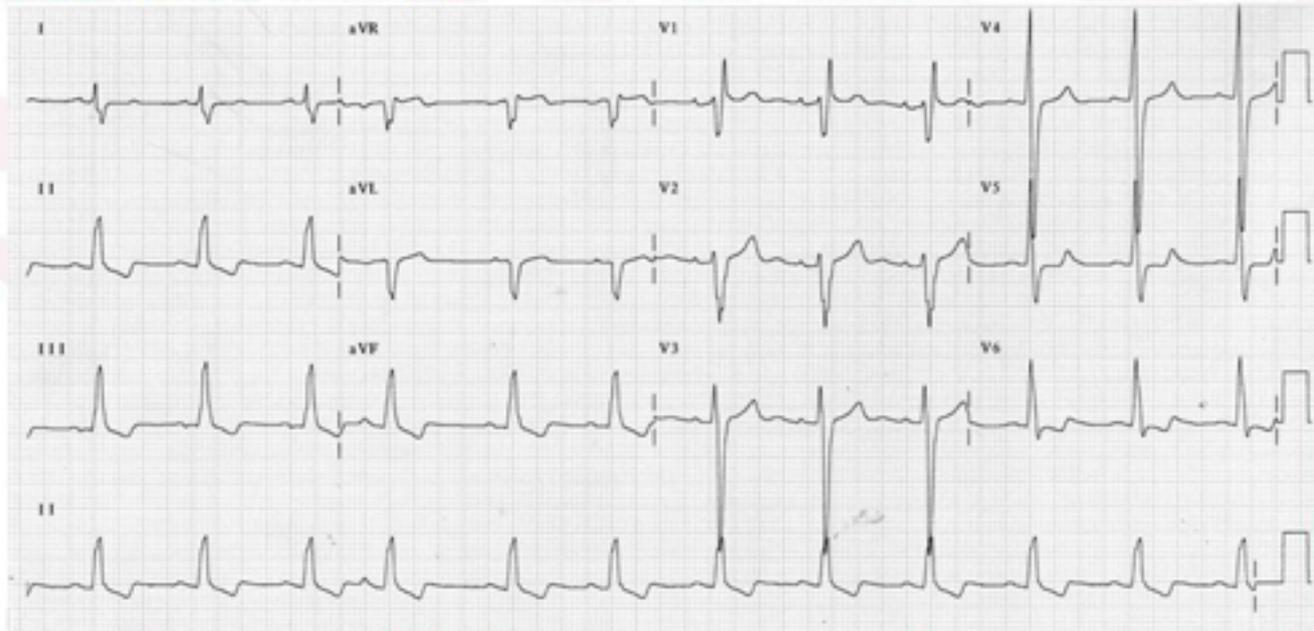
# Caso 3

Nome: S.R.R. Idade: 60 a. Sexo: Masc. 20/05/2003. DAC crônica.



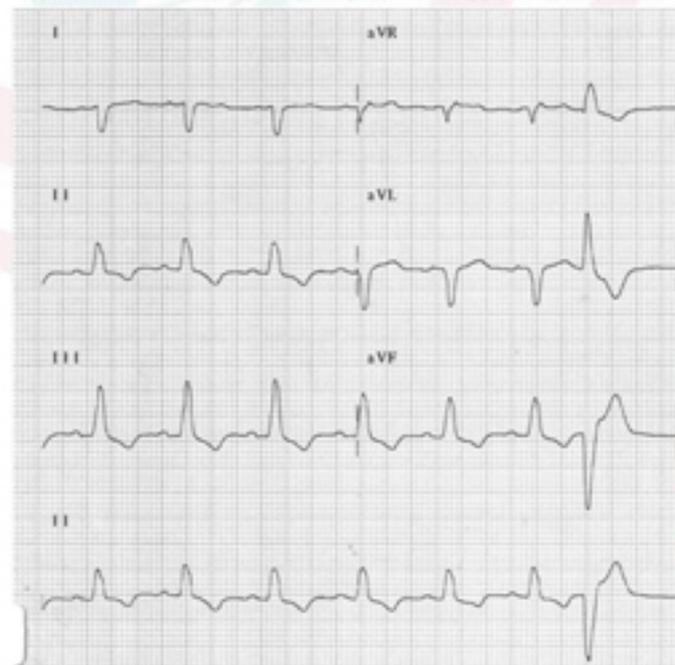
# Caso 3

Nome: S.R.R. Idade: 60 a. Sexo: Masc. 20/05/2003

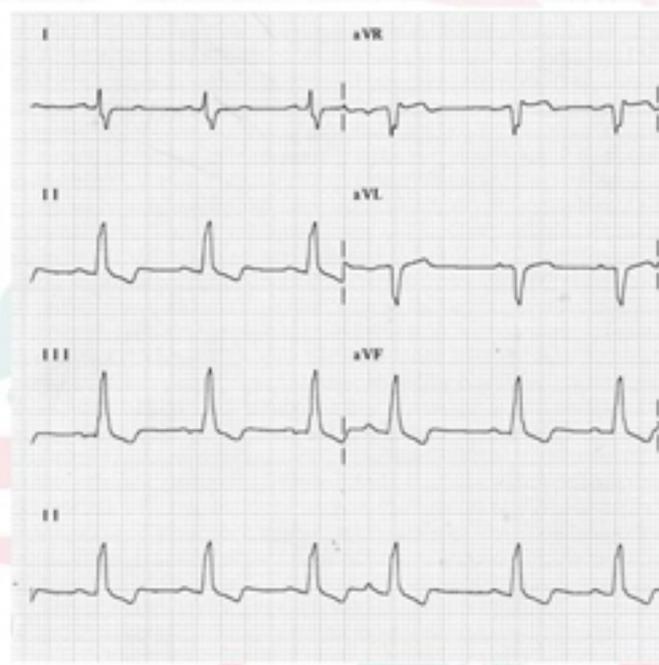


# Caso 3

S.R.R. Idade: 60 a. Sexo: Masc. 20/05/2003

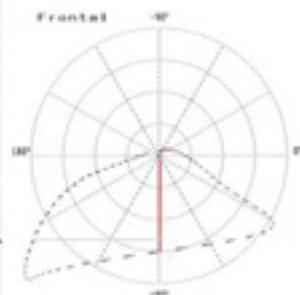
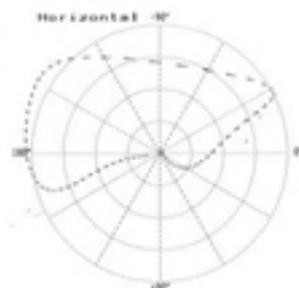
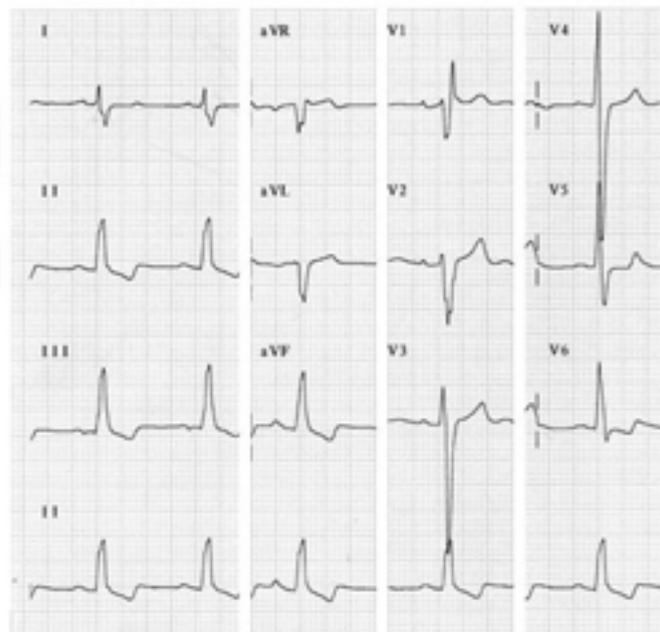


S.R.R. Idade: 60 a. Sexo: Masc. 20/05/2003



# Caso 3

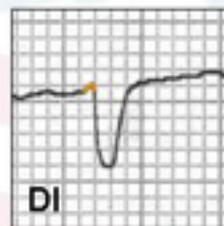
Nome: S.R.R. Idade: 60 a. Sexo: Masc. 05/09/2003



Frontal

-90°

L'' (D1'')



L' (D1')



L (X)



0°

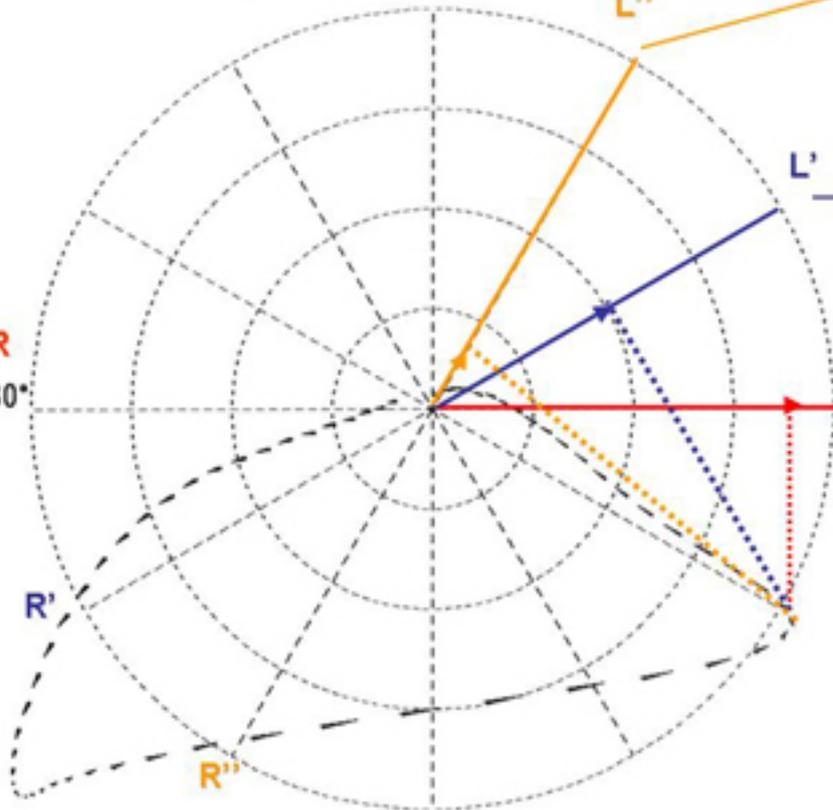
R

180°

R'

R''

+90°





• **INÍCIO DO FENÔMENO ELÉTRICO PERPENDICULAR À DERIVAÇÃO aVR - aVL**

• **“CAPRICHOS” DE PROJEÇÃO NA DERIVAÇÃO D1**

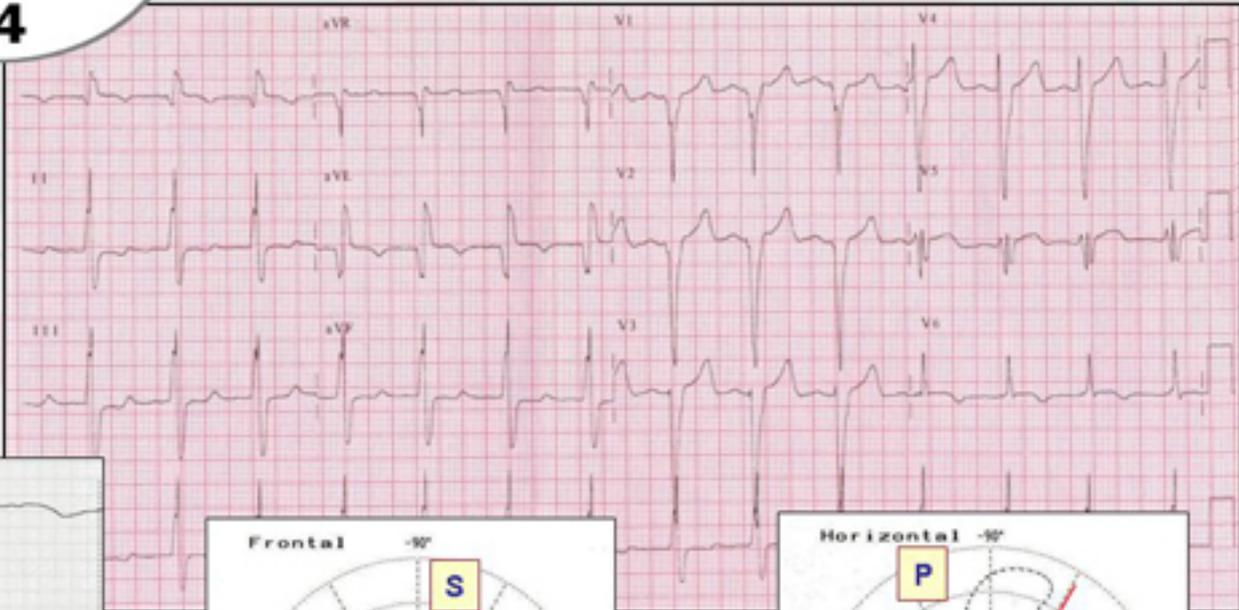
CASO 3

**SÂQRS VARIÁVEL**

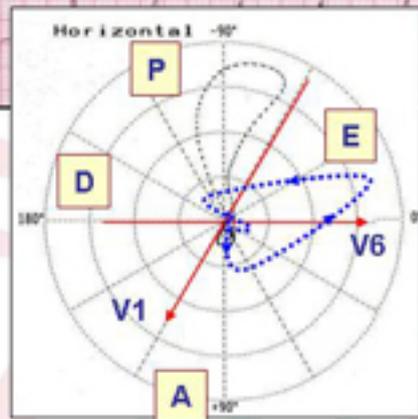
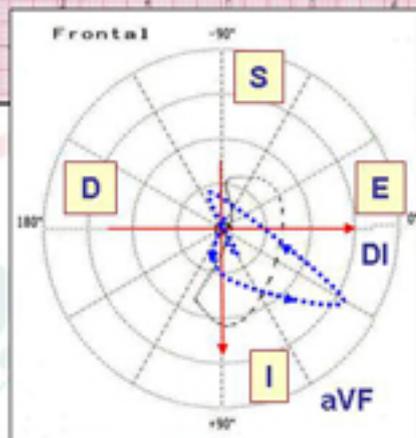
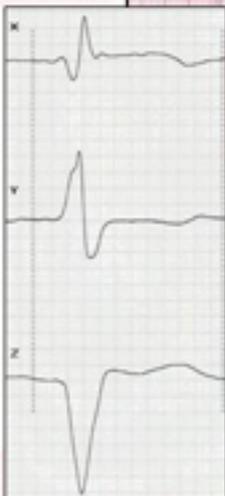


# Caso 4

SAF, 33 anos, Fem.



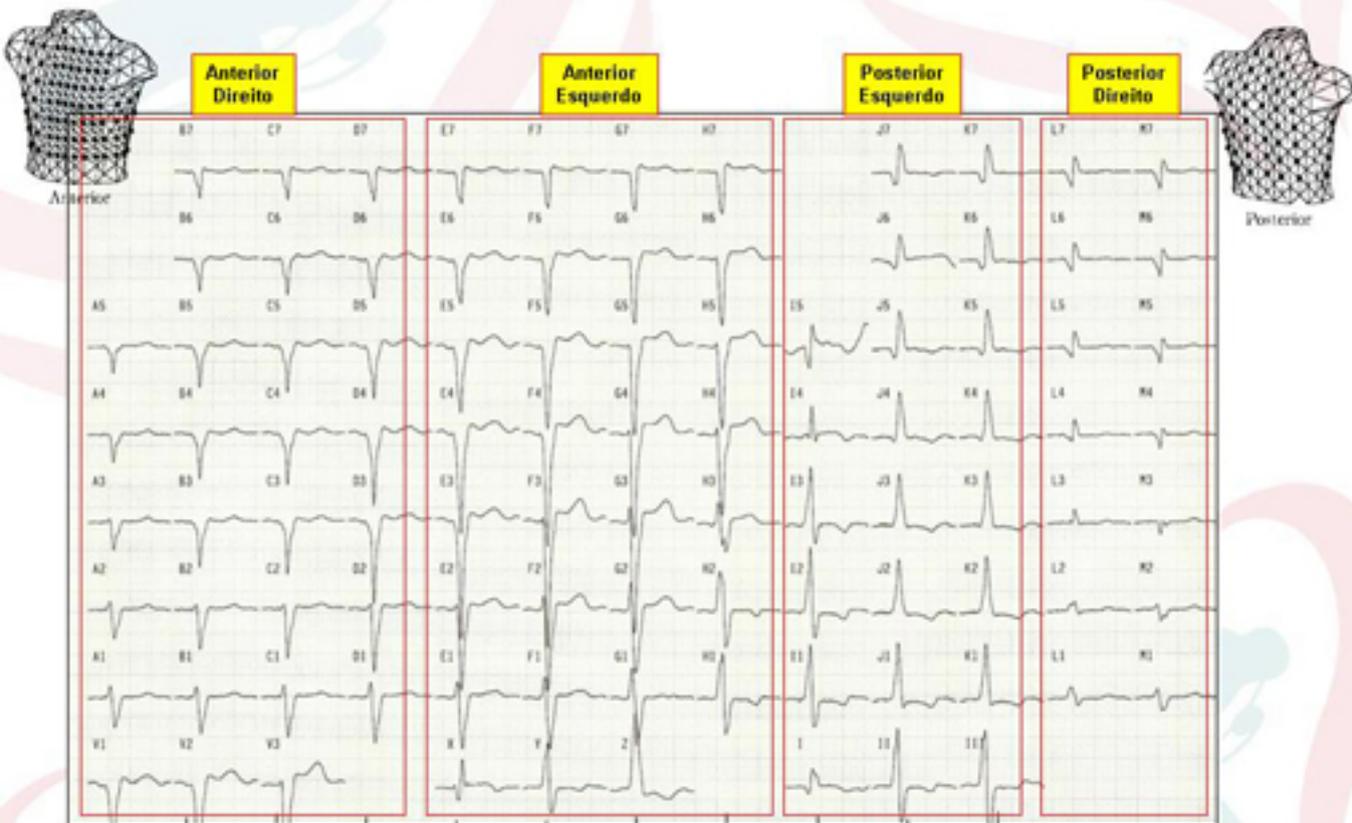
Sens.2



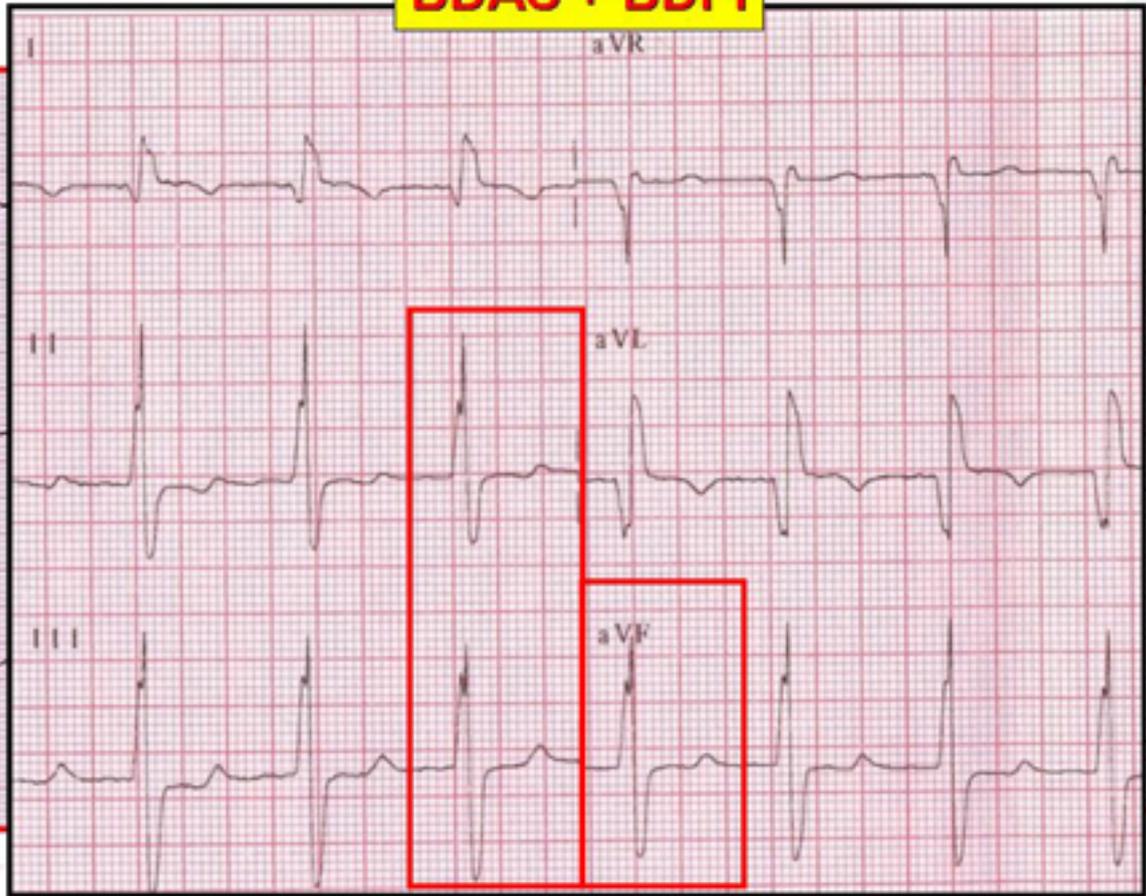
# Caso 4

SAF, 33 anos, Fem.

## Mapeamento Eletrocardiográfico de Superfície

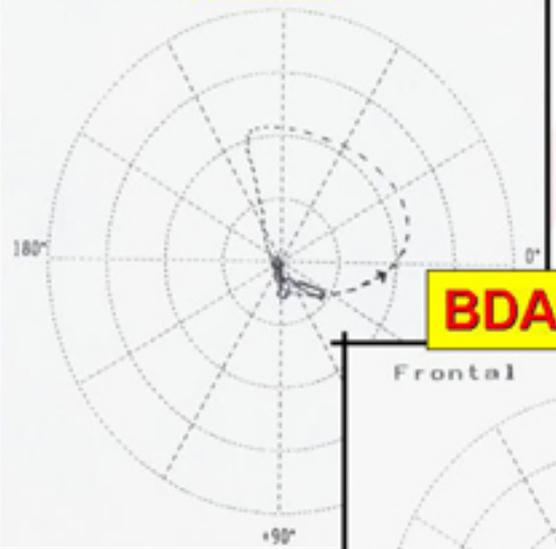


# BDAS + BDPI



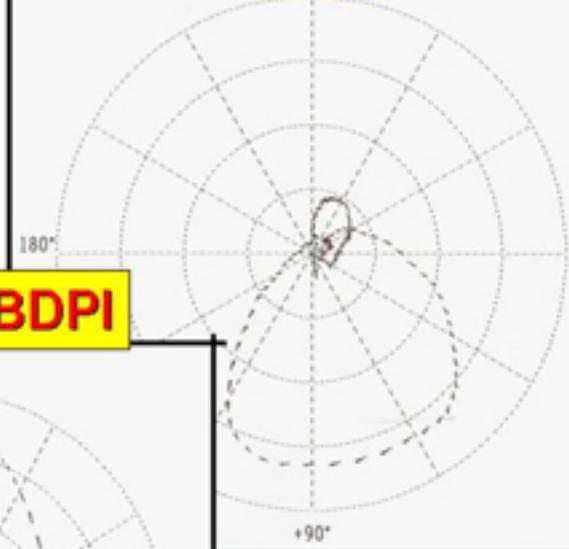
**BDAS**

Frontal



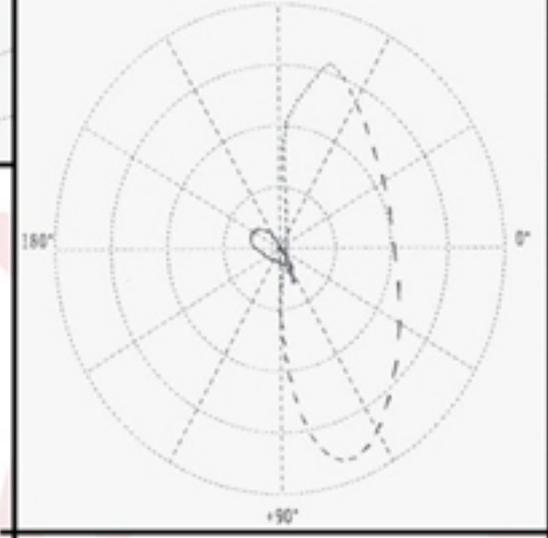
**BDPI**

Frontal



**BDAS + BDPI**

Frontal



# Caso 4

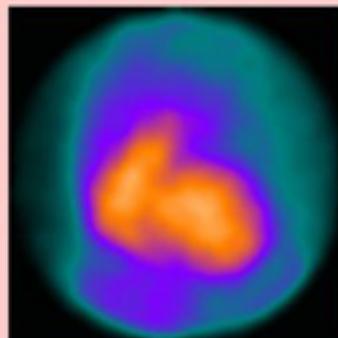
SAF, 33 anos, Fem.

## ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

- FEVE 20%; DDVE 85 mm; DSVE 77 mm; AE 64 mm
- Comprometimento difuso importante
- Prótese metálica em posição mitral sem disfunção
- IT moderada
- HP: 48 mmHg
- Disfunção moderada do VD

## VENTRICULOGRAFIA RADIOISOTÓPICA

- Hipocinesia difusa acentuada
- Acinesia ântero-apical
- VD e VE com disfunção moderada / acentuada
- FEVE=15%; FEVD=28%



# Caso 4

SAF, 33 anos, Fem.

## RESUMO CLÍNICO

- Febre reumática na infância
- Plastia mitral em 1989
- TVMi (PM) + Plastia tricúspide em 1995
- IAM anterior no POi
- Trombose de PMMi em 2002 > tratamento clínico
- FA crônica
- DPOC (ex-tabagista)
- Etilismo
- ICC CF II (NYHA), atualmente
- Medicação: lisinopril, carvedilol, furosemida, amiodarona, espironolactona, marevan

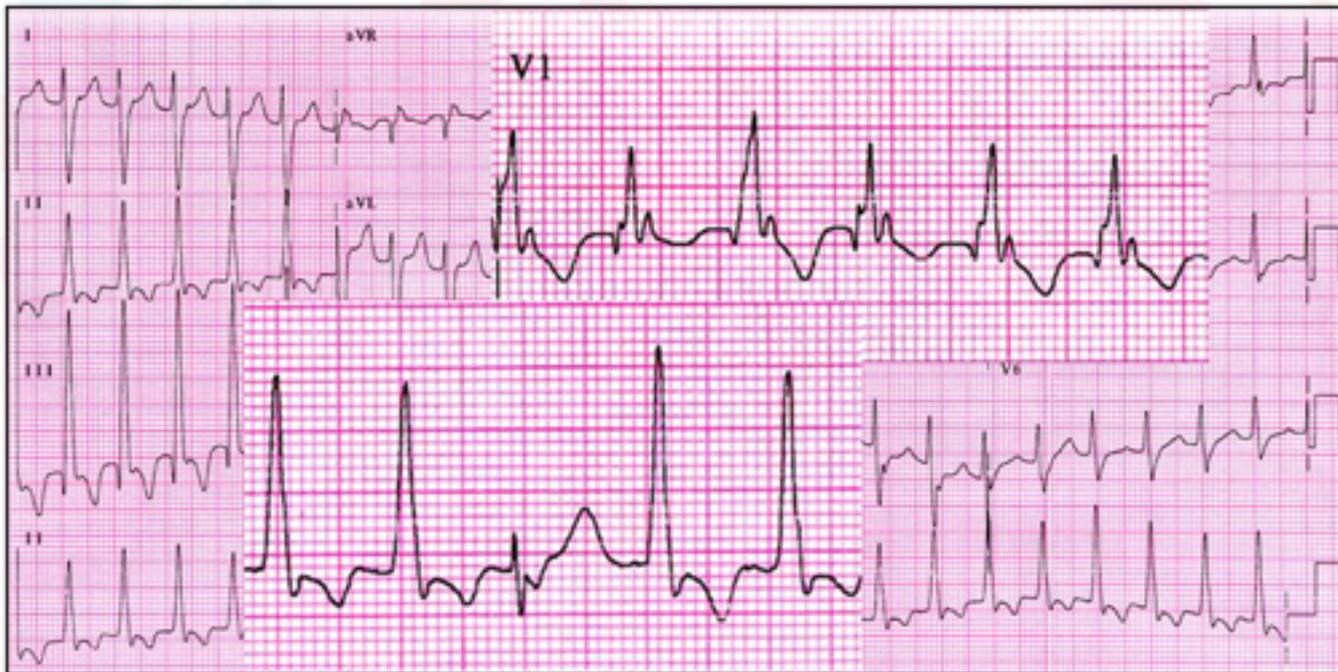


## CASO 4

- **BDAS e BDPI**
- **Área inativa ântero-lateral**

# Caso 5

AAJ, 29 anos, Fem. – 06 / 08 / 2008. Palpitações em repouso e sob estresse há 12a.



# Caso 5

AAJ, 29 anos, Fem. – 06 / 08 / 2008. Teste ergométrico



## Caso 5

### ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO

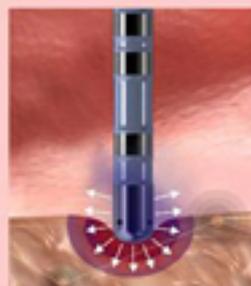
Entrou no EEF com taquicardia incessante.

Extra-sístoles ventriculares com morfologia semelhante à da taquicardia.

Ela foi mapeada nos pontos 4 e 12.

Obteve-se pace-mapping quase perfeito, com pouca precocidade.

Ablação (RF) promoveu supressão transitória da taquicardia.



## Caso 5

### RESUMO CLÍNICO

Quadros de lipotímia.

Fez uso de diversos anti-arrítmicos (atenolol, sotalol, amiodarona, propafenona), sem êxito.

FC média de 120 bpm. PA 130 x 80 mmHg. Sem sopros.

ECG fora das crises: SVE.

Evoluiu com taquicardiomiopatia – melhora com carvedilol.

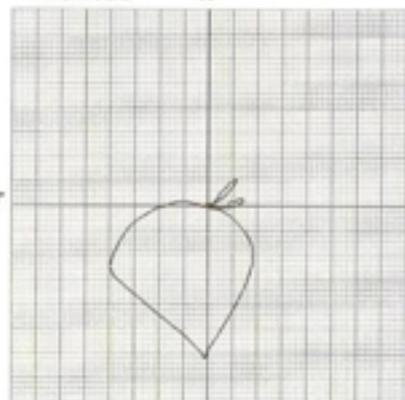
EEF não induziu taquiarritmias em 3 tentativas.

Coronárias normais.

ECO: hipo difusa 4+/6. VE aumentado com Delta D 20%.

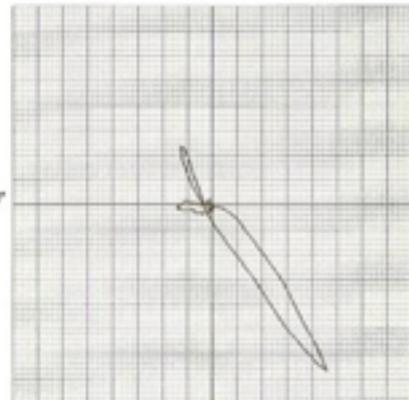
AAJ, 29 anos, Fem.

Frontal -90°



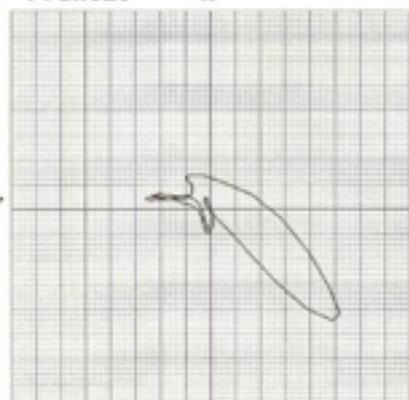
+90°

Frontal -90°



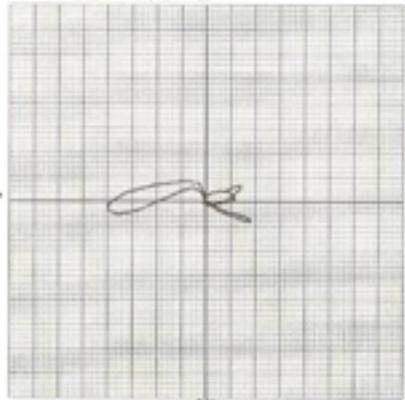
+90°

Frontal -90°



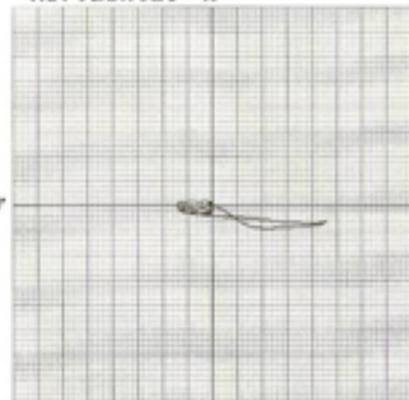
+90°

Horizontal -90°



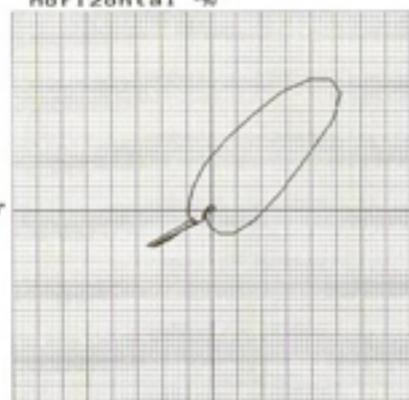
+90°

Horizontal -90°



+90°

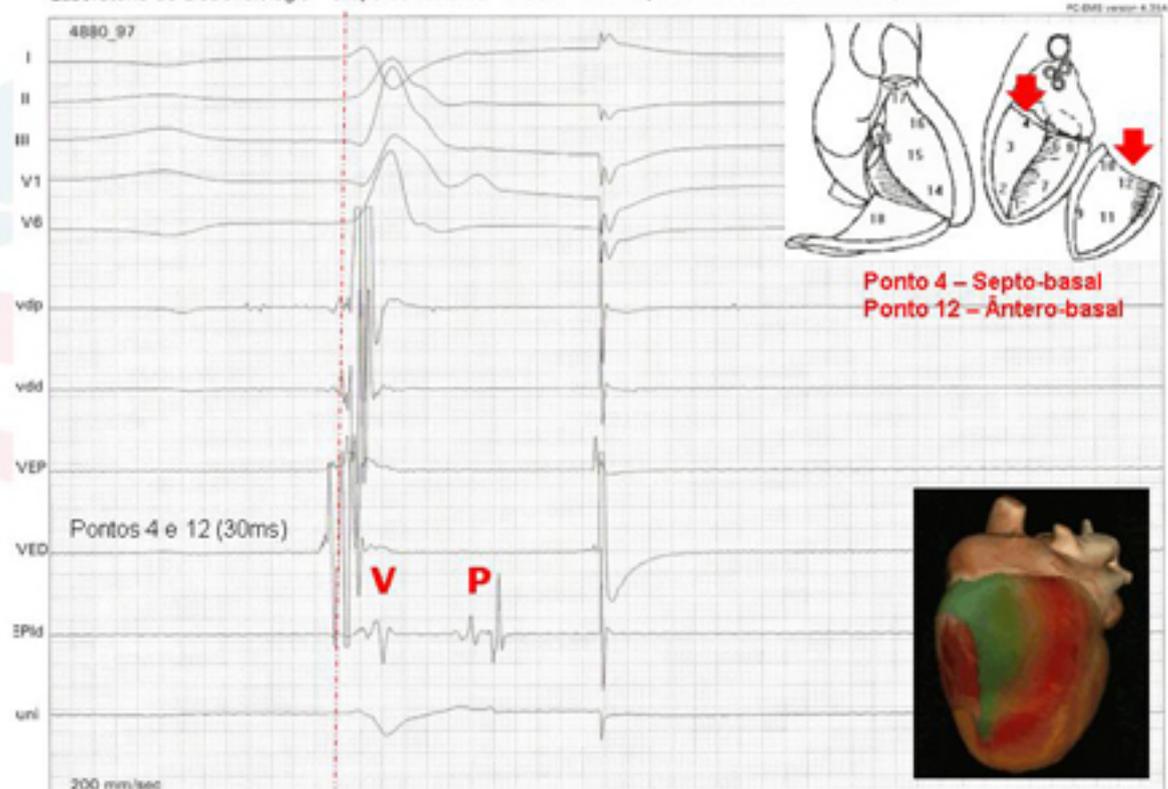
Horizontal -90°



+90°

AAJ, 29 anos, Fem.

Laboratório de Eletrofisiologia - Grupo de Arritmia - INCOR - FMUSP, Universidade de Sao Paulo, Brasil

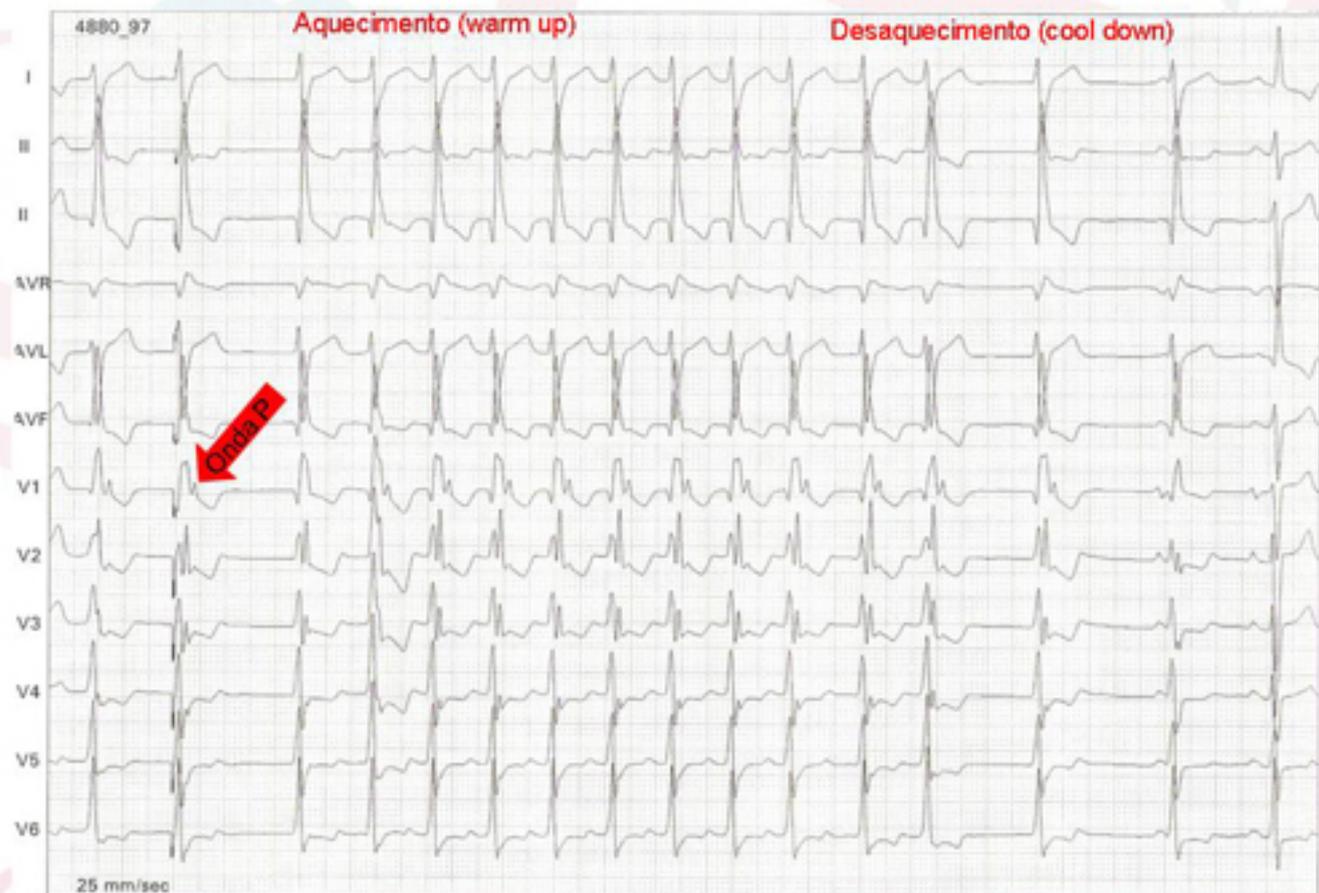


Directory: X File: 1\4880\_97\RF\_ABLAT.000 Patient: Aparecida Juliao / Adriana / TVs

File recorded at : 24-04-97 11:10:59 Time in File: 15020 msec

Comment: sinal antes do termo em vdd

AAJ, 29 anos, Fem.



**QUAL O DIAGNÓSTICO DA TAQUICARDIA ?**

- 1 TV BIDIRECIONAL**
- 2 TV FASCICULAR**
- 3 TV CATECOLAMINÉRGICA**
- 4 TV INCESSANTE (AUTOMÁTICA)**



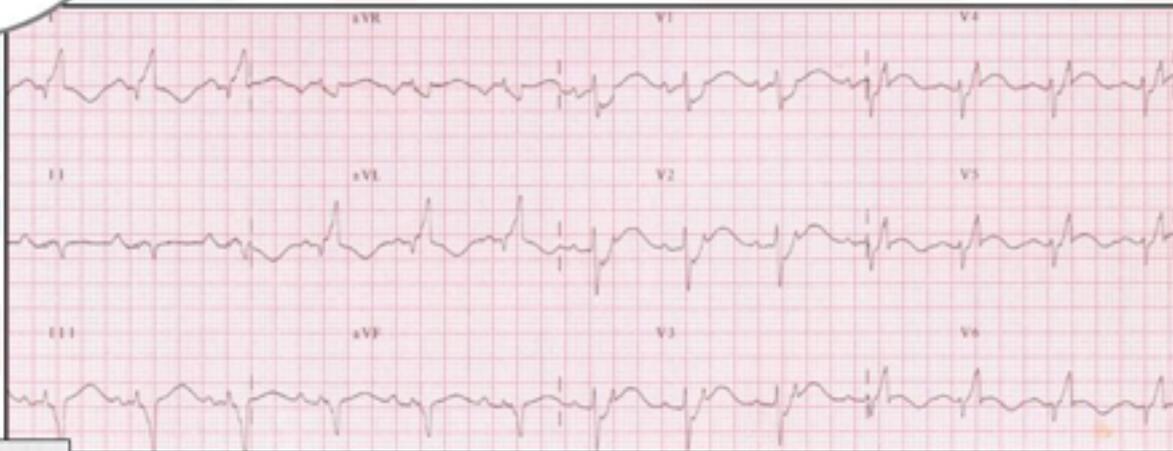
CASO 5

## TV INCESSANTE (AUTOMÁTICA)

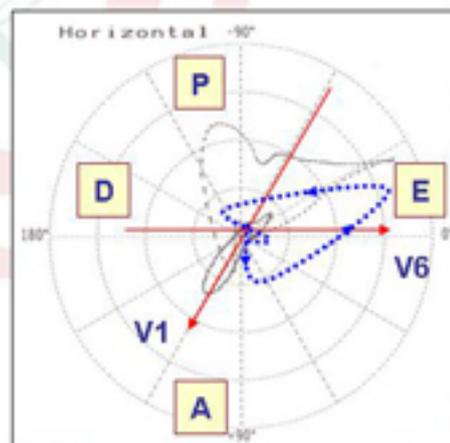
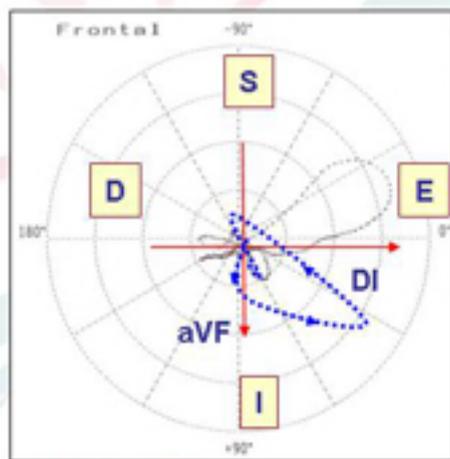


# Caso 6

EABS, 49 anos, Fem.



Sens.4

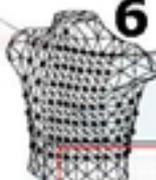


Caso

6

EABS, 49 anos, Fem.

Mapeamento Eletrocardiográfico de Superfície



Anterior  
Direito

Anterior  
Esquerdo

Posterior  
Esquerdo

Posterior  
Direito



### **ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO**

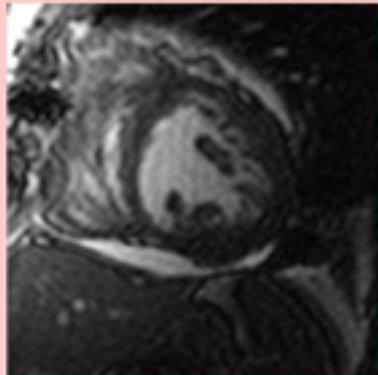
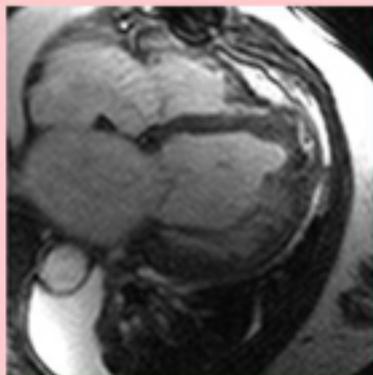
- FEVE 31%; DDVE 60 mm; DSVE 51 mm; AE 47 mm
- Comprometimento segmentar do VE (acinesia de paredes septal e apical) com disfunção sistólica importante
- Disfunção diastólica de VE grau 4
- IM moderada e IT discreta
- HP: 47 mmHg

### **CINEANGIOCORONARIOGRAFIA**

- Ausência de lesões obstrutivas
- IM moderada
- VE: acinesia anterior e inferior (médio-apical)
- Hipocinesia 3+/4+

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDÍACA

- **Disfunção ventricular esquerda importante (FE 28%)**
- **Aneurisma apical de VE**
- **Fibrose transmural compatível com infarto prévio em toda extensão do aneurisma de VE**



# Caso 6

**EABS, 49 anos, Fem.**

## **RESUMO CLÍNICO**

- **Quadros sincopais**
- **Palpitações taquicárdicas auto-limitadas**
- **Documentação de TVS polimórfica**
  - **Set/Out/Dez 2006; Jan 2007 e Mar 2008**
- **Todas com reversão química**
- **Amiodarona 400 mg/d**

## **ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO**

- **Indução de três morfologias de TVS bem toleradas**
- **Ablação com sucesso de TVS 2**

# Caso 6

EABS, 49 anos, Fem.

## RESUMO CLÍNICO

- **Aneurisma apical do VE**
  - **Aneurismectomia 06/08**
- **Novo Estudo Eletrofisiológico**
  - **Indução de TVS mal tolerada**
  - **Indicação de CDI**

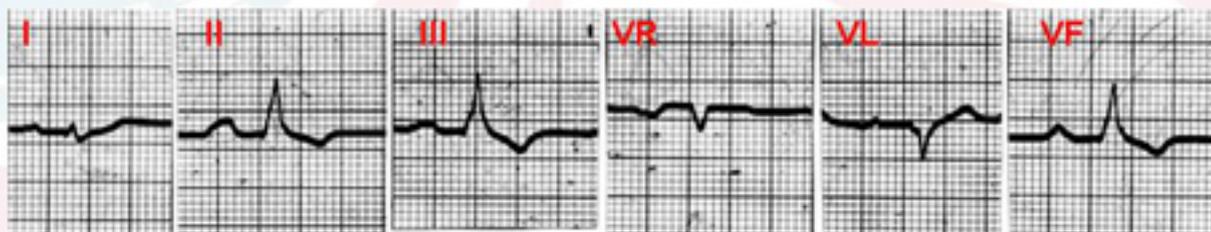


CASO 6

## Aneurisma VE

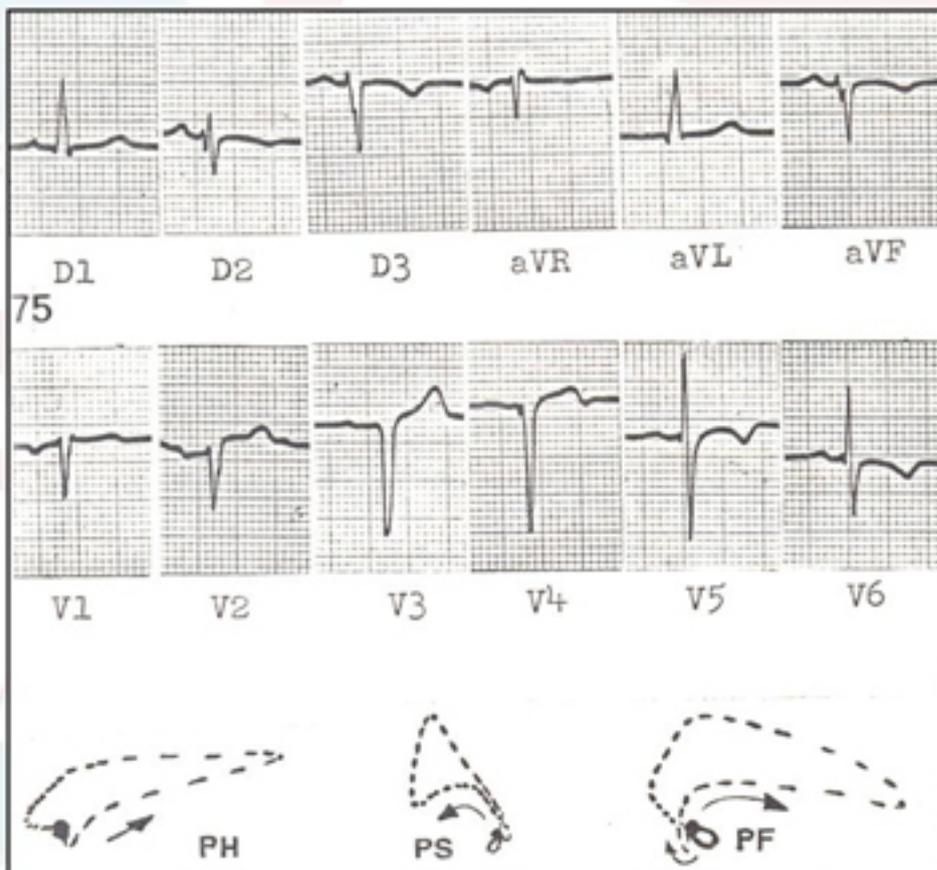
# Caso 7

OB, 51 anos, Masc. 24/05/1978. HAS. História de IAM há 3 anos.



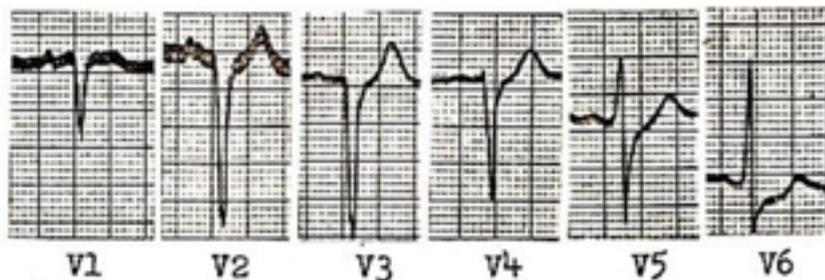
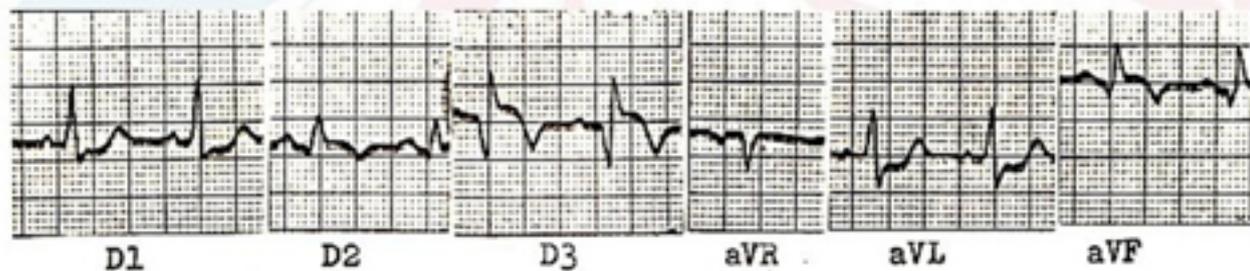
# Caso 7

OB, 51 anos, Masc. 14/05/1975

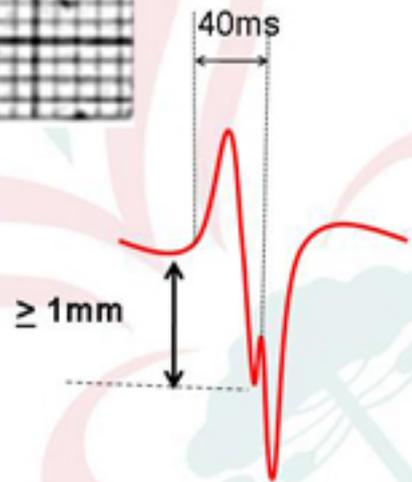
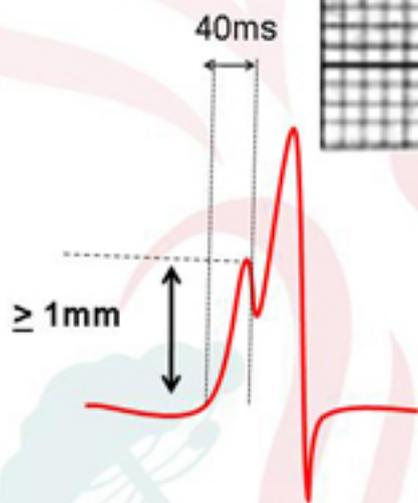
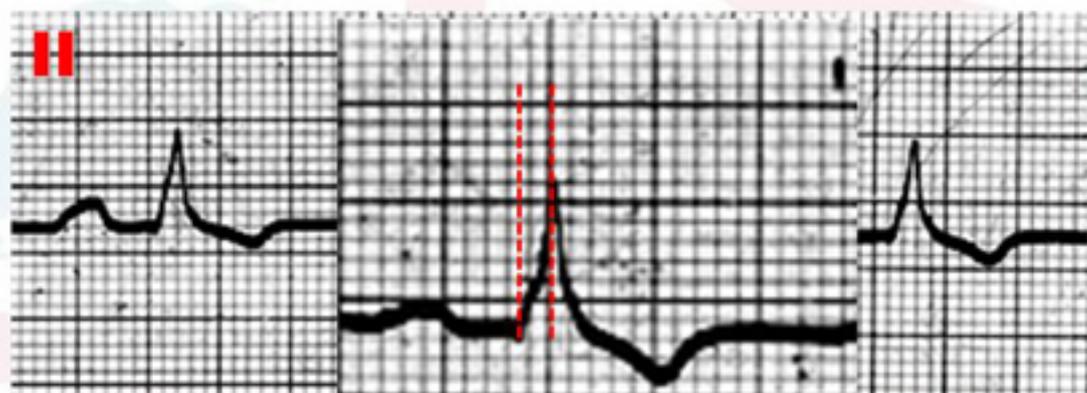


# Caso 7

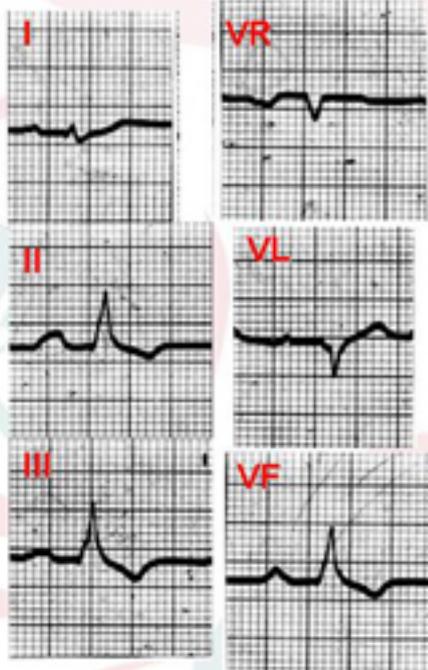
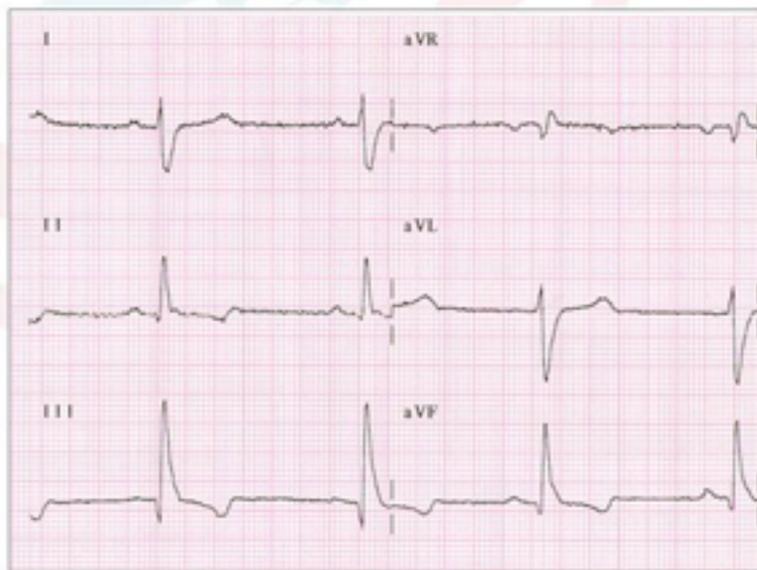
OB, 51 anos, Masc. 09/05/1975



# EQUIVALENTES DE ONDA Q



## TRAÇANDO UM PARALELO...





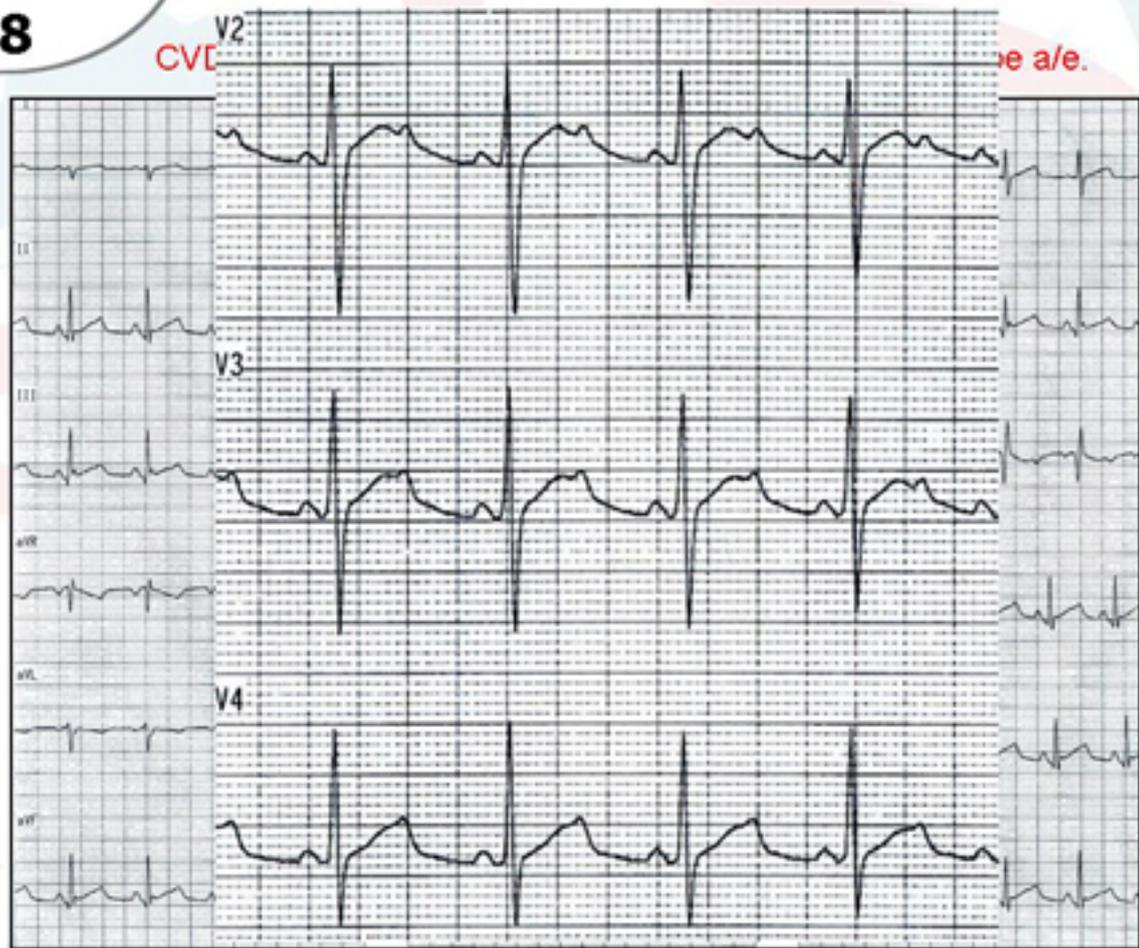
- **Área inativa inferior mascarada por distúrbio da condução intraventricular**

CASO 7

**ÁREA INATIVA INFERIOR**



# Caso 8





# CVD, 14 anos, Masc. Palpitações taquicárdicas. Síncope a/e.



CVD, 14 anos, Masc. Palpitações taquicárdicas. Síncope a/e.

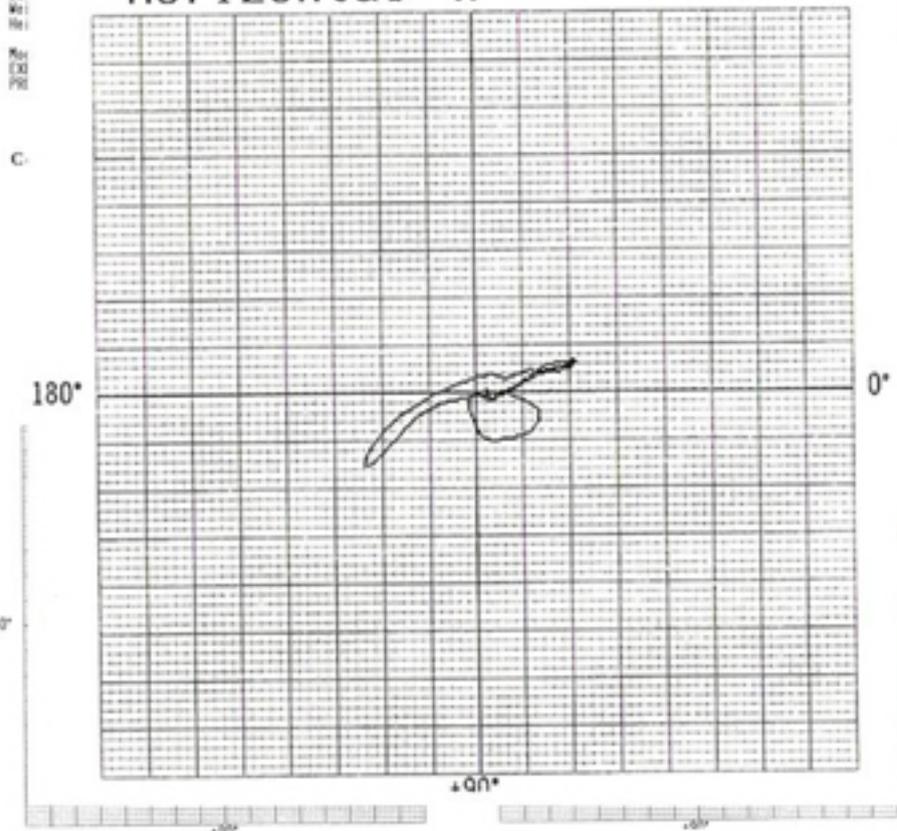
VECTOR REPORT

Date : 29/10/7 09:17:47  
I/O : S111753 C STAGE No. : 4  
Name : Path electronic ortowt STAPUS Time : FOR 8:15  
Age :  
Sex :  
Wei :  
Hgt :

Frontal -90°

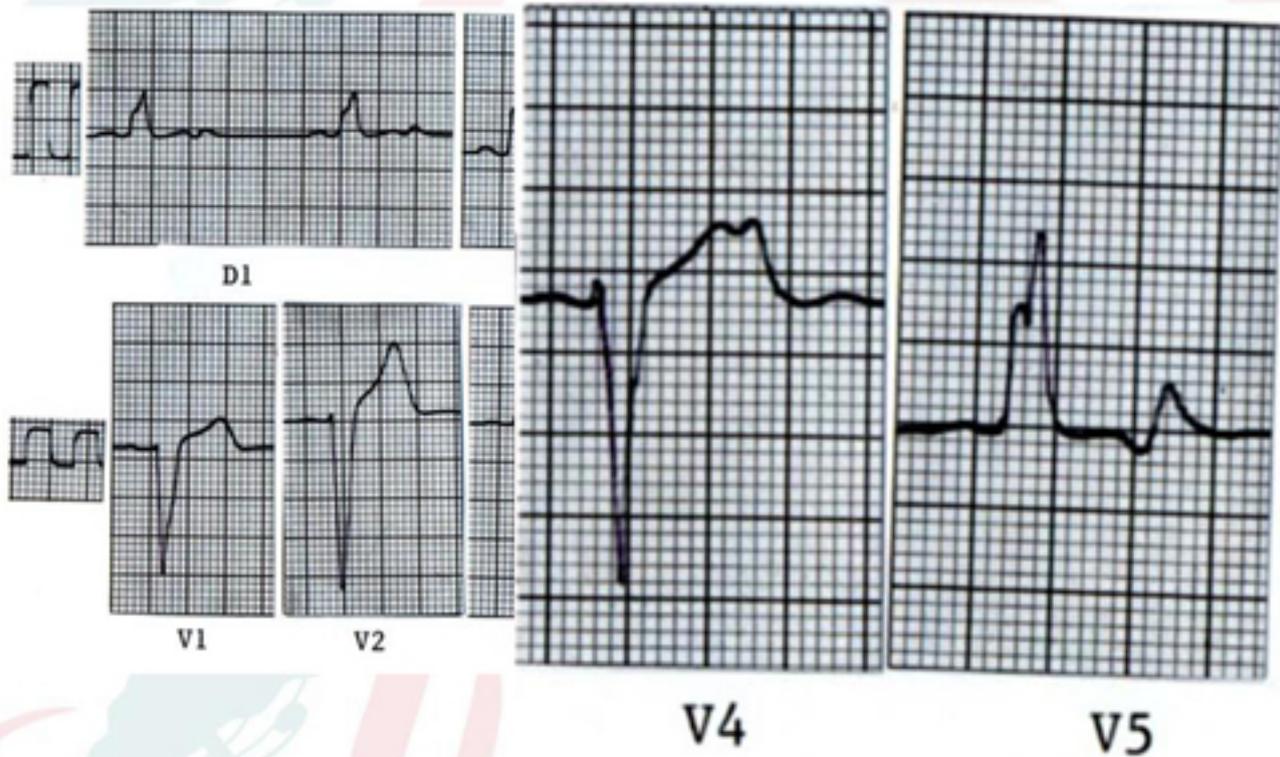


Horizontal -90°



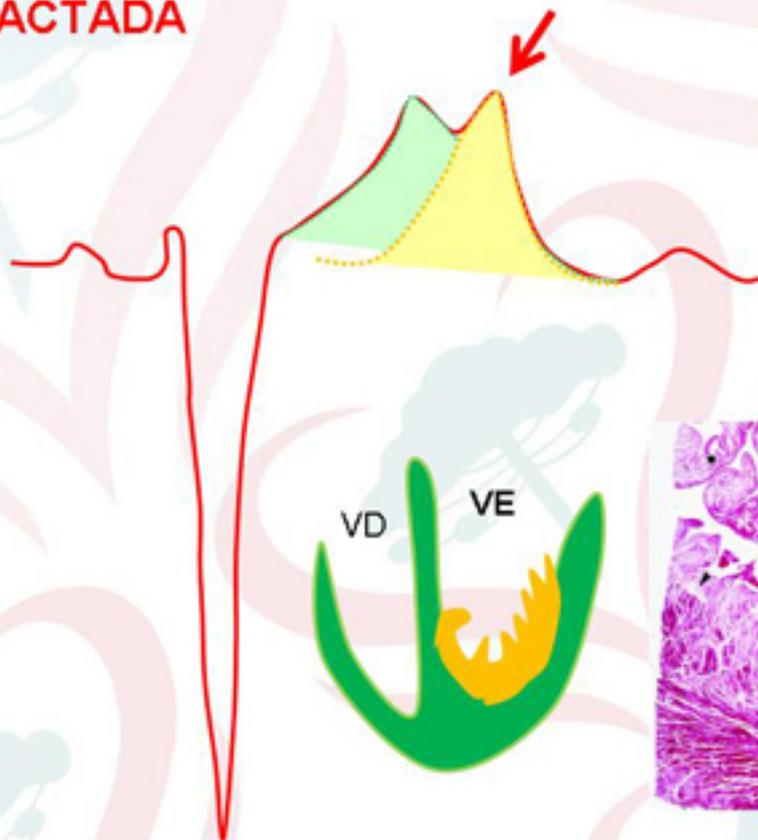
## TRAÇANDO UM PARALELO...

LHG. masc. 29 anos



# CARDIOMIOPATIA NÃO-COMPACTADA

Sinal eletrocardiográfico



# Caso 8

## CARDIOMIOPATIA NÃO-COMPACTADA

- Trabeculações miocárdicas proeminentes, levando à disfunção cardíaca progressiva.
- Ocorre por pausa na embriogênese, devido a alterações genéticas ainda não totalmente elucidadas.
- Extremamente rara - incidência 1:2000 a 1:7000
- Pode se acompanhar de outras mal-formações cardíacas.





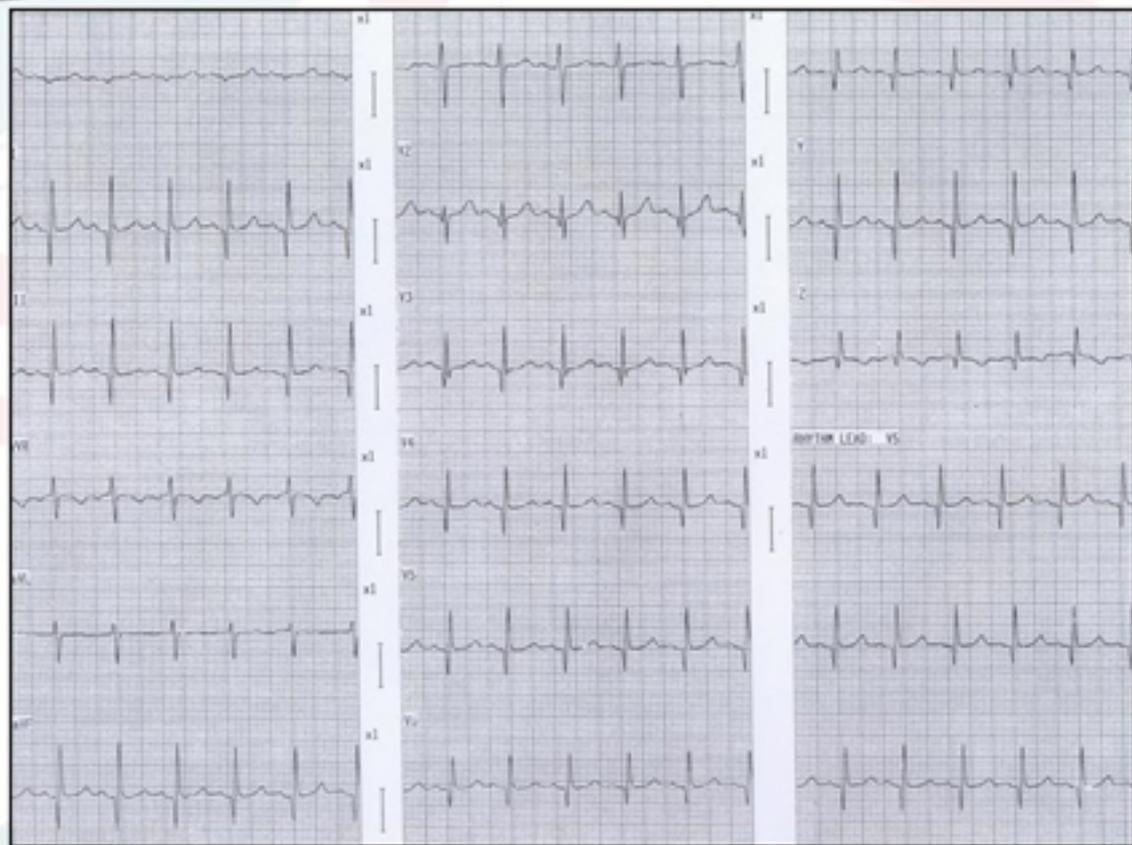
CASO 8

## CARDIOMIOPATIA NÃO-COMPACTADA

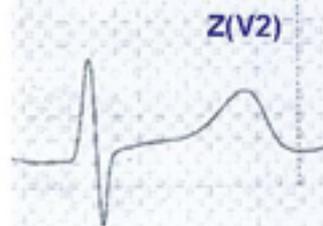
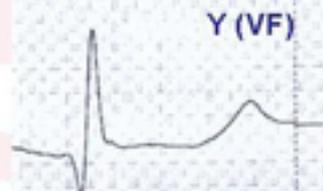
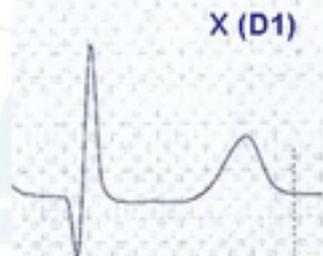


# Caso 9

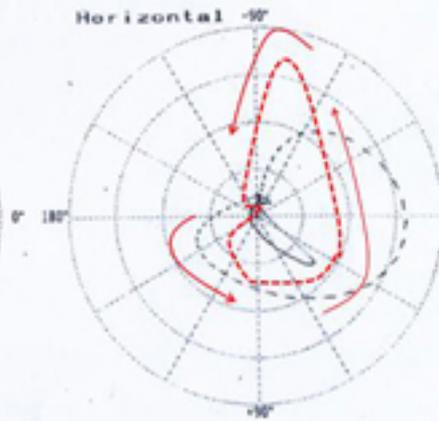
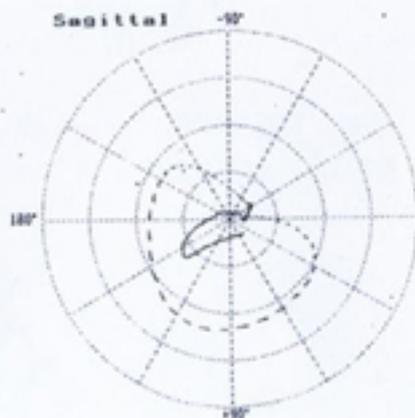
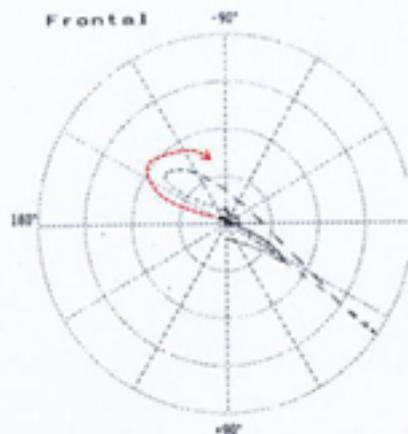
ERR, 60 anos, Masc. ECG com suspeita de infarto

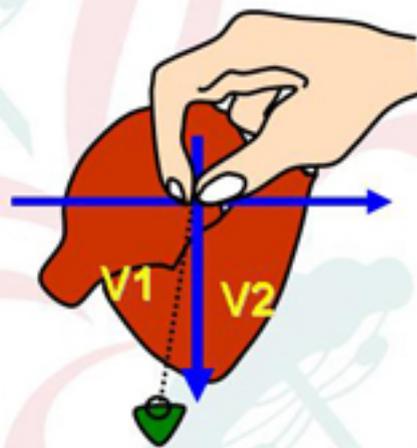
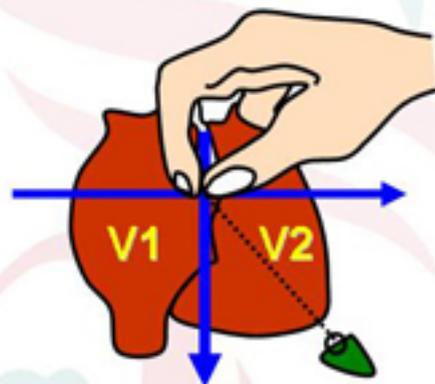
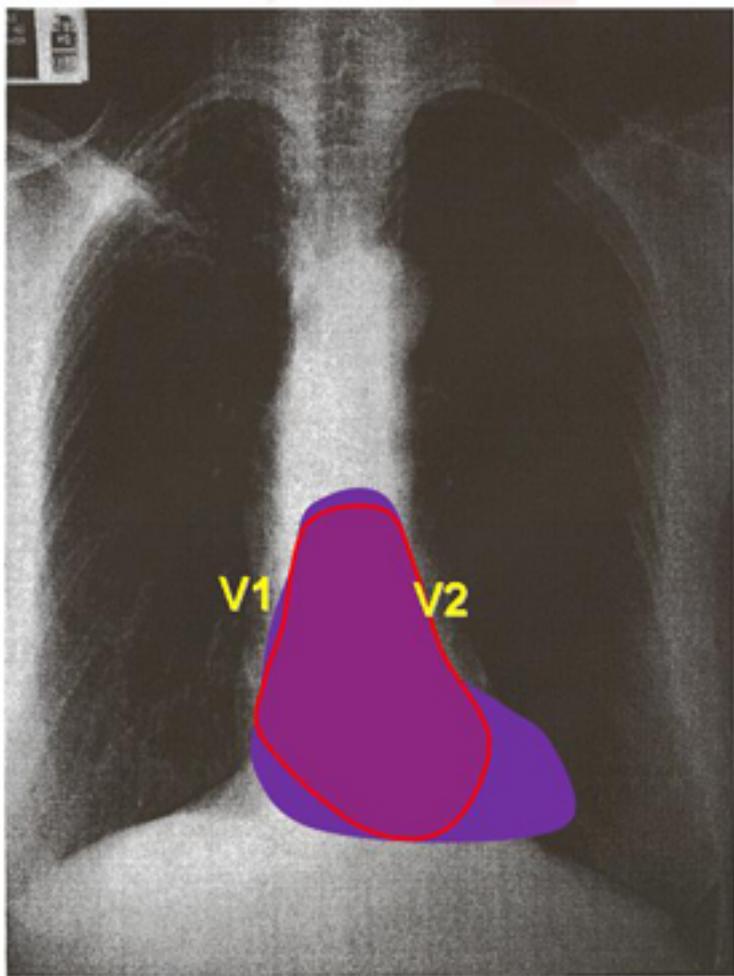


# ERR, 60 anos, Masc. ECG com suspeita de infarto



Sensi.	4
Timer	2 msec
Loop	All Loop
Sagittal	Left
Z Axis	Back
Filter	Hum Muscle Drift





# Posições Cardíacas e Ventriculares

<b>Dextrocardia</b>	<b>Mesocardia</b>	<b>Levocardia</b>
Situs Solitus Dextroposição Dextroversão	Situs Solitus Situs Inversus	Situs Solitus Normal Levoposição
Situs Inversus	Mesoposição Mesoversão	Situs Inversus Leroversão





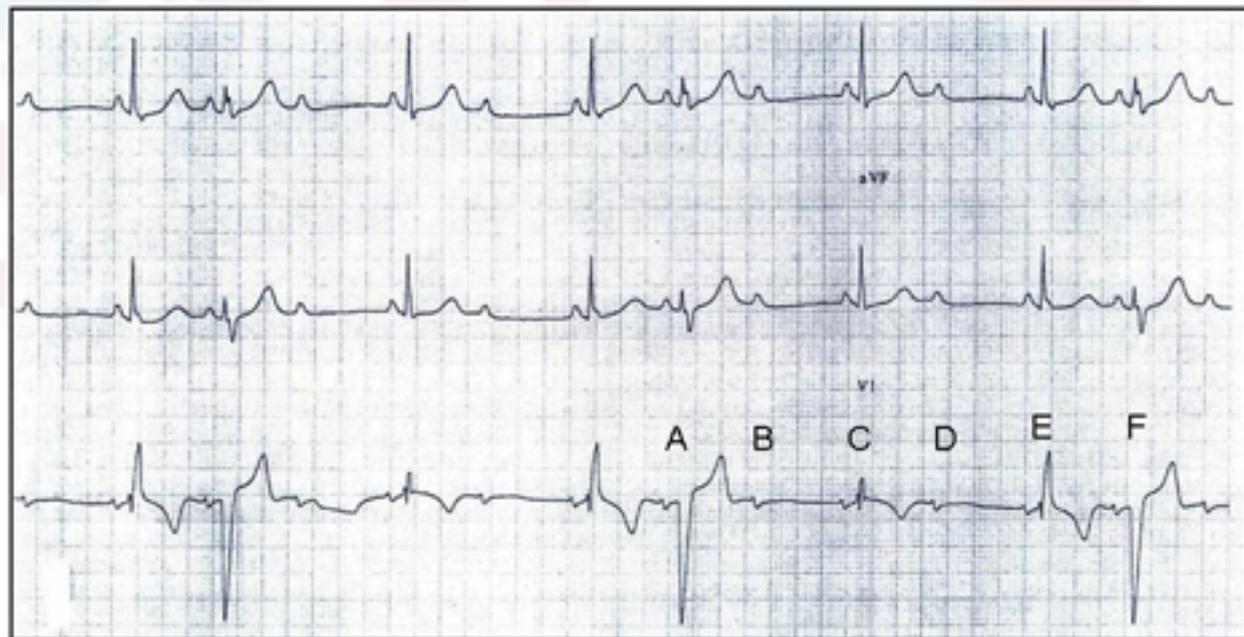
CASO 9

## MESOCARDIA (mesoposição)



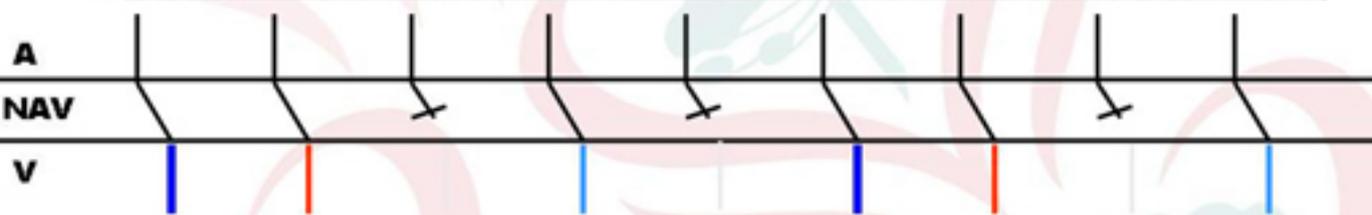
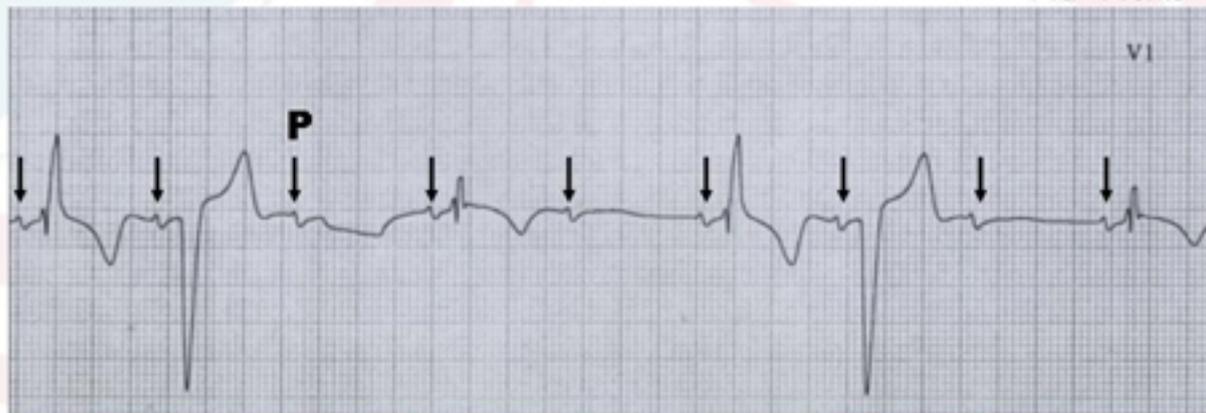
# Caso 10

RPV, 68 anos, Fem.



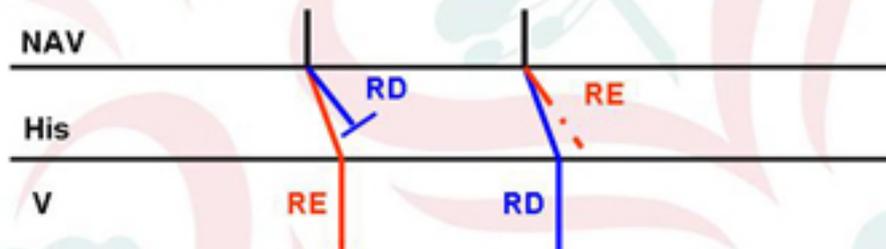
Caso  
**10**

PRi=140ms

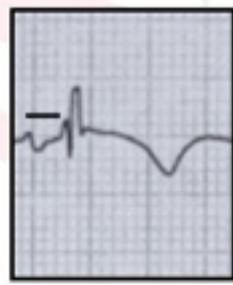
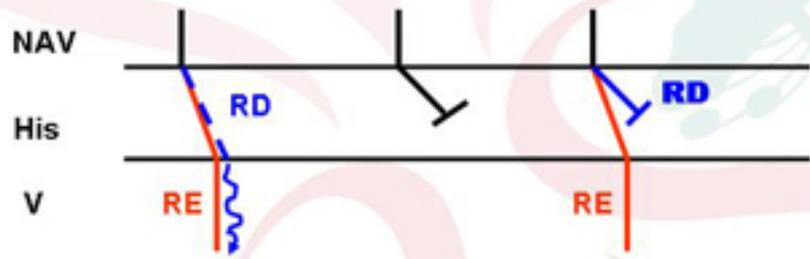
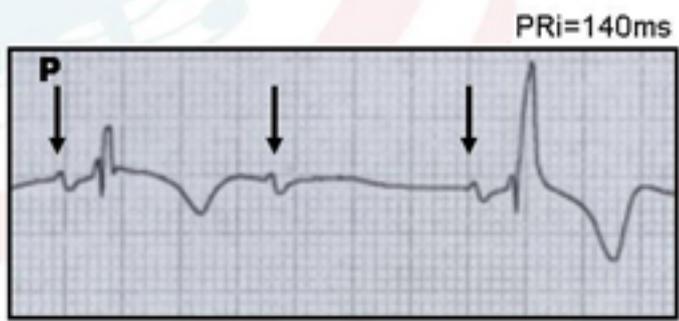


Caso  
**10**

PRi=140ms



# Caso 10



Caso  
**10**

**Caso 10. Revisitado por Márcio Fagundes**

“ A minha interpretação é baseada na presença de uma dissociação horizontal no ramo direito – com uma zona de condução decremental (Wenckebach) proximal e uma zona de bloqueio 2:1 distal. O ramo esquerdo seria sede de um bloqueio 2:1.”

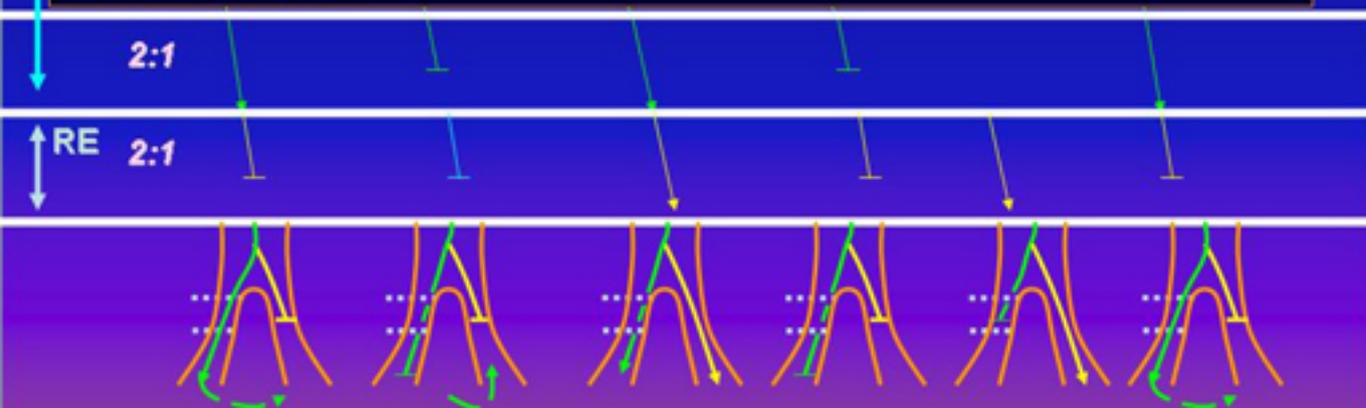
O problema reside em explicar o bloqueio da condução do batimento **B** no RE quando deveria

Os diagramas demonstram os conceitos aplicados.

possível ter ocorrido uma condução oculta no RE interferindo com o próximo impulso (**B**).

Com o bloqueio do RD em **B**, não perpetua a condução oculta e há recuperação da condução pelo RE (**C**).

A





- Bloqueio AV de segundo grau Mobitz II
- Bloqueio de ramo esquerdo intermitente
- Fenômeno de Wenckebach no ramo direito
- Bloqueios de ramo alternantes

CASO 10

## BLOQUEIO MULTINÍVEL





33º Congresso Brasileiro de  
Cardiologia

**42º**

# **COLÓQUIO JOÃO TRANCHESI**

Curitiba (PR)

**2008**