

# Bloqueios Divisionais do Ramo Esquerdo na Miocardite Reumática

Lurildo R. Saraiva, Inês Remígio, Simone Brandão, Thiago B. Saraiva

Recife, PE

Rapaz de 15 anos de idade, procedente de favela do Recife, apresentou artrite migratória de grandes articulações, seguindo-se, dois meses após, dispnéia progressiva, culminando com ortopnéia e intensa dor precordial, aliviada em posição sentada com flexão anterior do tórax. Na admissão hospitalar, estando desnutrido (IMC=16,2Kg/m<sup>2</sup>) e com hemoptise, eram ostensivos os sinais de insuficiência cardíaca congestiva global, com sopro sistólico mitral e galope protodiastólico. O índice cardiotorácico foi de 0,65. Sob tratamento intensivo e pulsoterapia com metilprednisolona, houve estabilização clínica após 30 dias.

O ecocardiograma inicial revelou hipocontratibilidade difusa severa de ambos os ventrículos (fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FE) de 23%), e três semanas depois, houve restituição da função sistólica do ventrículo direito, persistindo acentuado o déficit contrátil global do ventrículo esquerdo (FE=40%). Em ambos os estudos ecocardiográficos, havia regurgitação mitral e aórtica leve.

O eletrocardiograma de entrada (fig. 1) revelou SÂQRS a -35° e morfologia no plano frontal compatível com grau de bloqueio divisional ântero-superior esquerdo; na evolução tardia (fig. 2), há orientação diametralmente oposta do SÂQRS a +115° e padrão de bloqueio divisional pósteroinferior esquerdo, com retorno ulterior aos sinais clássicos do bloqueio divisional ântero-superior esquerdo.

## Comentários

Na cardite reumática aguda, são muito raros os distúrbios de condução intraventricular do estímulo. Entre nós, também não é comum o comprometimento miocárdico predominante e exclusivo na moléstia, como produtor de insuficiência cardíaca congestiva, *per se*. Neste contexto de alternância de bloqueios fasciculares esquerdos, é possível inferir um indicador eletrocardiográfico de persistente atividade inflamatória tecidual miocárdica.

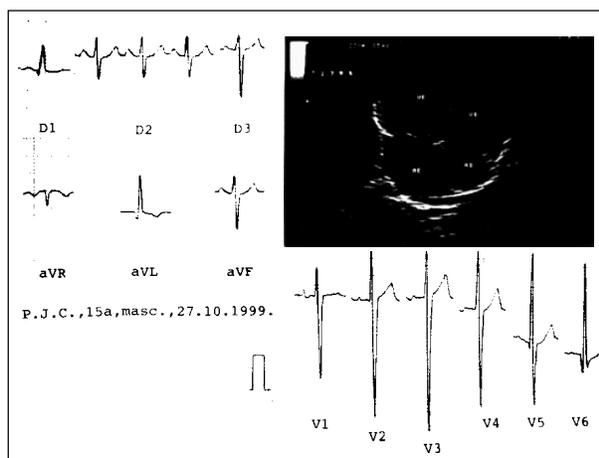


Fig. 1 - Bloqueio divisional ântero-superior esquerdo. Há sinais de sobrecarga atrial e ventricular esquerda no plano horizontal.

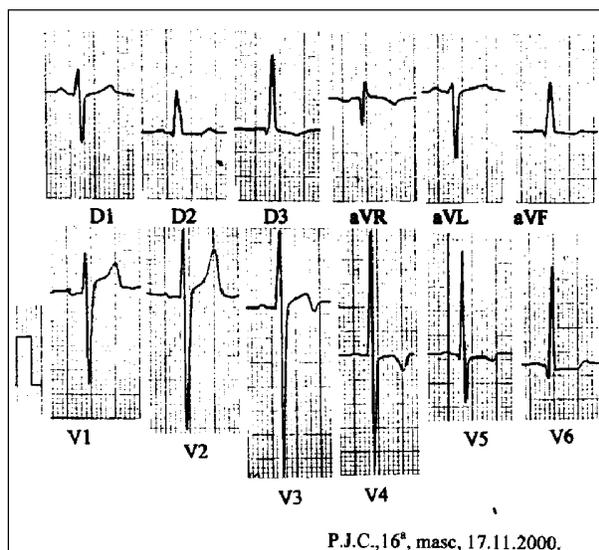


Fig. 2 - Bloqueio divisional pósteroinferior esquerdo. O plano horizontal é praticamente inalterado em relação ao da figura 1.