

Carlos Alberto Franco Faria\*  
Cid Veloso \*\*  
Carlos Antônio Carvalho\*\*\*

PARASSÍSTOLE VENTRICULAR DUPLA  
ESPONTÂNEA EM PACIENTE PORTADOR  
DECARDIOPATIA CHAGÁSICA. RELATO DE  
UM CASO

*Relata-se o caso de um paciente do sexo masculino, de 54 anos, portador de cardiopatia chagásica crônica, apresentando parassístole ventricular dupla espontânea de longa duração. Comentam as características do caso, ressaltando os sinais eletrocardiográficos que permitiram o diagnóstico da arritmia e salientam a gravidade, a resistência aos medicamentos antiarrítmicos e a raridade dessa condição, especialmente na cardiopatia chagásica.*

A parassístole é uma arritmia cardíaca pouco comum, embora se possa atribuir sua pequena frequência à falta de diagnóstico, sendo confundida com extra-sístole.

Parassístole ventricular dupla é extremamente rara, tendo sido descritos na literatura apenas 12 casos de aparecimento espontâneo da arritmia<sup>1-11</sup>. Além de casos de parassístole dupla induzida por marca-passo artificial, foram descritos também alguns casos de parassístole ventricular multifocal<sup>2,9</sup>.

Para diagnosticar a parassístole são descritos 3 critérios fundamentais<sup>12</sup>: a) variação no acoplamento dos batimentos ectópicos; b) intervalos regulares entre os batimentos ectópicos, múltiplos de um determinado ciclo ectópico; c) aparecimento de batimentos de fusão.

Na parassístole ventricular dupla, existem dois focos produzindo batimentos ectópicos, registrando-se, no eletrocardiograma, 2 batimentos ectópicos com morfologia aberrante, cada um com seu intervalo entre os batimentos ectópicos, isto é, com sua própria frequência.

#### APRESENTAÇÃO DO CASO

Homem pardo de 54 anos, natural de Casa Branca, (município de Congonhas do Campo, MG), foi atendido no Hospital Municipal Odilon Behrens (Belo Horizonte), no período de 22/11/72 a 10/03/73. Apresentava insuficiência cardíaca, peso corporal 51,9 Kg, pressão arterial 100/70 mm Hg, pulso irregular, com cerca de 80 bpm e ausculta cardíaca mostrando acentuada arritmia.

Os exames complementares foram: hemograma, de urina, parasitológico de fezes, dosagem de uréia, creatinina, glicose, colesterol, sódio, potássio, cloretos e iodo protéico no sangue, normais e VDRL negativo. Cinco reações de Machado-Guerreiro, de julho de 1970 a novembro de 1972, foram todas positivas. A reação de imunofluorescência para *Tripanosoma cruzi* foi positiva, até a diluição de 1/640 em outubro de 1972. A abreugrafia de 26/08/66 era normal.

Foi medicado com digitálico, diurético e medidas gerais destinadas a controlar a insuficiência cardíaca. Para corrigir a arritmia cardíaca foram empregados os seguintes medicamentos: difenil-lidocaína (300 mg por dia, por via oral), lidocaína (100 mg por dia, intravenosa), procaínamida (até 2400 mg ao dia, via intravenosa em doses parceladas de 1 g diluídas em 10 ml de soro glicosado), quinidina (900 mg por dia, por via oral), verapamil (40 mg por dia, por via oral) e practolol (300 mg por dia, por via oral). Nenhum dos medicamentos provocou modificação da arritmia.

O paciente recebeu alta, melhorado da suficiência cardíaca, mas com a arritmia inalterada.

O paciente vinha sendo atendido no ambulatório do hospital desde abril de 1956, sendo mencionado o quadro de insuficiência cardíaca em dezembro de 1958. A partir desta data, o paciente foi acompanhado periodicamente no ambulatório, sendo internado 6 vezes, incluindo-se aquela que motivou este relato. Foi atendido no Hospital Socor (Belo Horizonte) no

\* Professor-adjunto do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

\*\* Professor-adjunto do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Diretor do Hospital das Clínicas da UFMG.

\*\*\* Ex-médico residente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

dia 19/10/72, com episódio de taquicardia paroxística ventricular e hipotensão arterial acentuada, sendo submetido a cardioversão elétrica, com bom resultado. Durante todo o período de observação do paciente no Hospital, desde 27/12/58 até 13/02/74, os relatos médicos registraram quadro de insuficiência cardíaca, uso de digital continuamente e presença constante de arritmia cardíaca acentuada. Em 1970, foi descoberto megassigmóide através de exame radiológico.

O paciente veio a falecer em 13/02/74, com quadro de insuficiência cardíaca.

O registro eletrocardiográfico feito no dia 06/12/72 (fig. 1) mostrou ritmo sinusal com 88 bpm, intercalado por batimentos ectópicos ventriculares multifocais muito frequentes; sobrecarga atrial esquerda; bloqueio completo do ramo esquerdo do feixe de His, com ÂQRS a  $-40^\circ$ .

A figura 2, Eletrocardiograma na derivação D-II, apresentava ritmo sinusal, com batimentos

ectópicos ventriculares de dois focos diferentes. Os batimentos podem ser caracterizados como ventriculares por serem aberrantes, com duração de 0,12 s e não precedidos de onda P. Os números, na parte superior do registro, representam o tempo decorrido entre os batimentos de um dos focos ectópicos ventriculares, sempre múltiplo de 1,31 a 1,33 s (portanto, com frequência média de 45 bpm): o 1º batimento ectópico (faixa A) é um batimento de fusão (BF), constituindo uma das características da parassístole. O acoplamento dos batimentos ectópicos com os de origem sinusal varia de 0,40 a 0,52 s. Os números da parte inferior do registro representam o tempo decorrido entre os batimentos ectópicos do 2.º, foco parassistólico ventricular, sempre múltiplo de 1,68 a 1,71 s (portanto, com frequência média de 35 bpm). O acoplamento dos batimentos ectópicos com os de origem sinusal variou de 0,30 a 0,36 s. Na faixa D, identificamos uma extrassístole supra-ventricular (ES).

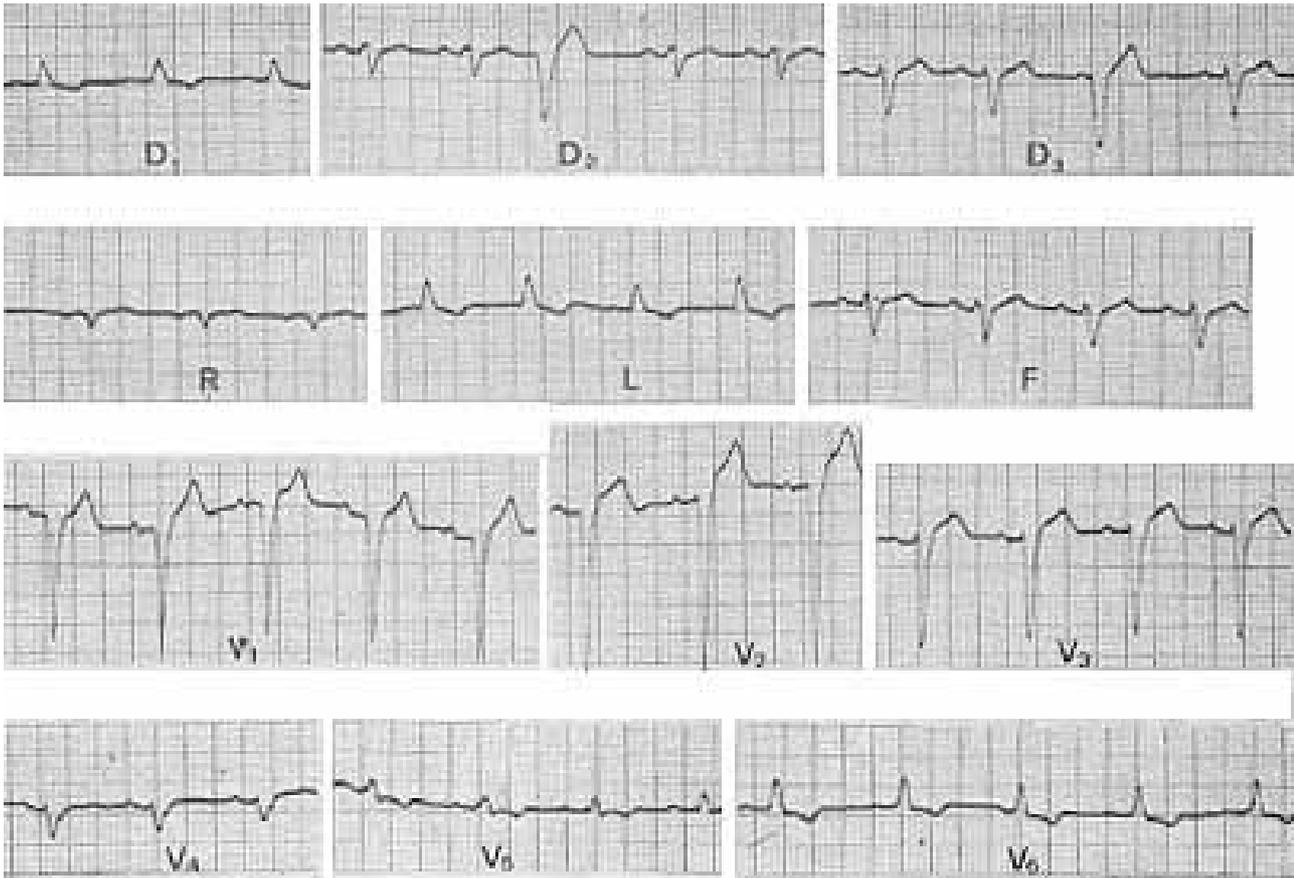


Fig. 1 - Eletrocardiograma feito em 6/12/72.

A figura 3 mostra o eletrocardiograma feito em 6 derivações, simultâneas: D-I, D-II, D-III, V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub> e V<sub>3</sub>. A duração dos intervalos entre os batimentos parassistólicos de um dos focos variou de 1,38 a 1,40 s, ou múltiplo (portanto, com frequência média de 34 bpm). Observamos batimento de fusão (BF) de ambos os batimentos parassistólicos e uma extra-sístole supra-ventricular (ES). Pela análise dos batimentos parassistólicos nas 6 derivações simultâneas, observa-se que um deles apresenta o eixo a  $+105^\circ$ , o outro a  $-75^\circ$  e ambos têm o padrão de bloqueio de ramo direito em V<sub>1</sub>. Podemos deduzir que, provavelmente, o primeiro é ori-

ginado no fascículo ântero-superior do ramos esquerdo do feixe de His e o outro, no fascículo pósterio-inferior do mesmo ramo.

O eletrocardiograma feito durante o episódio de taquicardia paroxística ocorrido em 19/10/72 mostrou padrão sugestivo de origem ventricular da taquicardia, pois, a morfologia do complexo QRS é semelhante a de um dos batimentos parassistólicos, com eixo a  $-75^\circ$ , configurando-se uma taquicardia parassistólica.

Durante o período de observação direta do paciente por um dos autores (3 meses e 16 dias), foram feitos pelo menos 3 eletrocardio-



Fig. 2 - Elettrocardiograma (derivação D<sub>1</sub>) feito em 5/1/73.

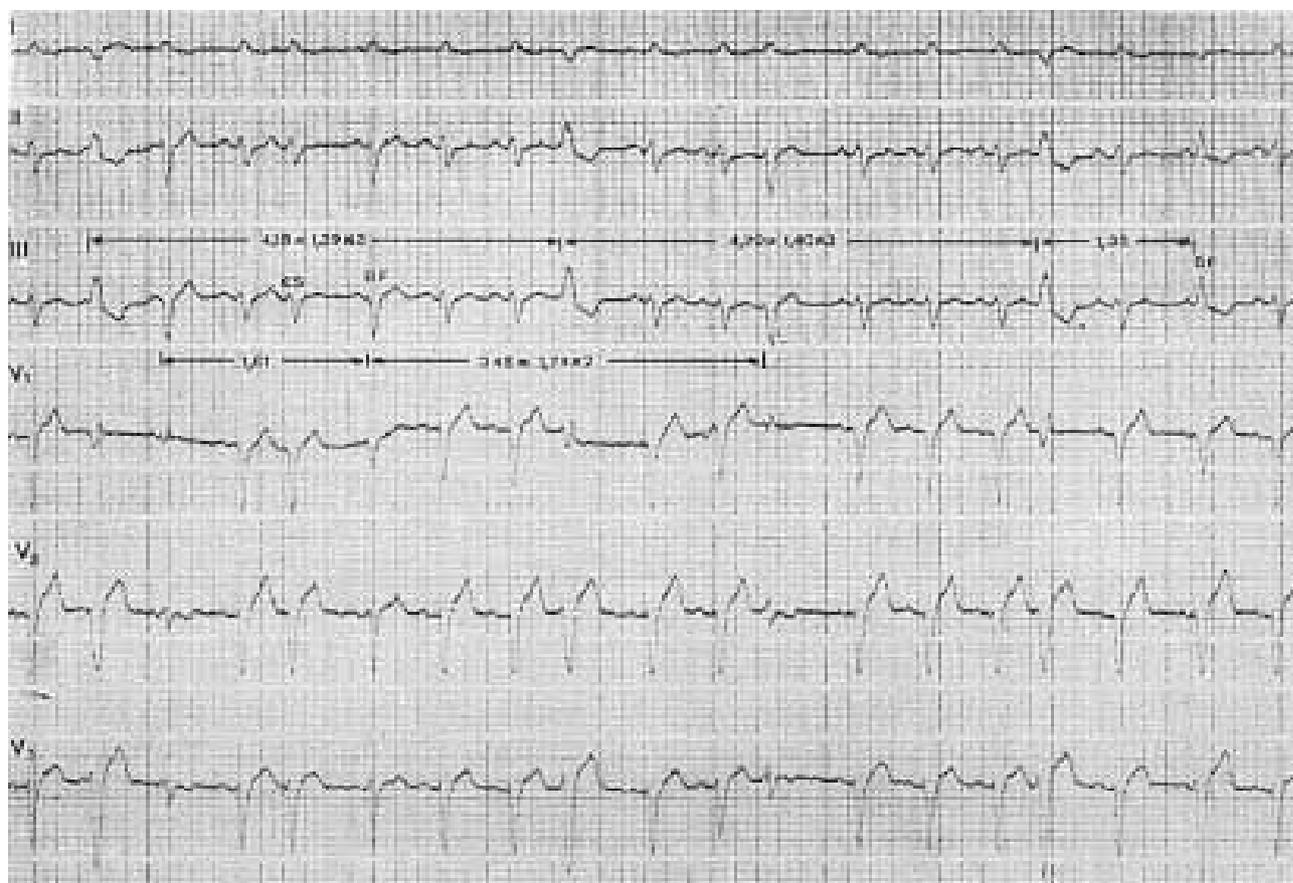


Fig. 3 - Elettrocardiograma feito em 5/1/73.

gramas por semana, com traçados contínuos de pelo menos 3 min de duração. Além disso, o paciente foi monitorizado por longos períodos e apresentou sempre a mesma parassístole dupla em todos os registros e observações pelo osciloscópio.

Em seu prontuário, há registros eletrocardiográficos anteriores à internação (desde 25/11/68) e posteriores (até 25/01/74), ao todo, 41 eletrocardiogramas. Todos apresentam batimentos ectópicos com morfologia semelhante aos eletrocardiogramas das figuras que ilus-

tram este relato. Portanto, a arritmia descrita durou, com certeza, pelo menos 3 meses e 16 dias e, provavelmente, 5 anos e 2 meses. Há ainda relatos, no prontuário do paciente, de atendimentos clínicos em ambulatório, sem registro eletrocardiográfico anexo, desde 23/04/58, com relato constante da arritmia, o que aumenta o período de observação indireta para 15 anos e 9 meses. O eletrocardiograma realizado no dia 25/01/74 apresentava fibrilação atrial, além de manter o padrão de parassístole ventricular dupla.

### COMENTÁRIOS

A parassístole dupla pode ser evidenciada nesse caso porque ambos os batimentos ectópicos podem ser enquadrados nos critérios diagnósticos desta condição<sup>12</sup> sendo completamente independentes um do outro. O diagnóstico diferencial com associação de parassístole ventricular e supraventricular é feito através da aberrância dos batimentos ectópicos em relação ao QRS de origem sinusal e pela ausência sistemática da onda P antecedendo os batimentos, além da presença dos batimentos de fusão.

O caso relatado apresenta, como padrão básico, bloqueio de ramo esquerdo e os batimentos parassistólicos apresentam padrão de bloqueio de ramo direito, um deles com padrão associado de bloqueio do fascículo ântero superior do ramo esquerdo e outro com padrão associado de bloqueio do fascículo pósteroinferior do ramo esquerdo, originando-se, respectivamente, com grande probabilidade, o primeiro no fascículo pósteroinferior e o segundo no fascículo ântero-superior do ramo esquerdo do feixe de His. Esta verificação reforça a afirmação de Pick e Langendorf<sup>13</sup> de que a presença de bloqueio de ramo predispõe ao aparecimento de parassístole, o que explica também, a grande frequência de parassístole em cardiopatias orgânicas. O caso relatado também confirma a opinião de Watanabe<sup>14</sup> segundo o qual o foco parassistólico geralmente é localizado no feixe bloqueado, quando há bloqueio de ramo.

O caso presente mostrou pouca variação dos intervalos entre os batimentos, embora seja descrita variação de até 0,27 s<sup>15</sup> e variações maiores, quando os eletrocardiogramas são feitos em momentos diferentes<sup>5,13</sup>.

Conforme referências da literatura<sup>1-3,5,7,10</sup>, os pacientes que apresentam parassístole dupla ou múltipla são portadores de cardiopatia grave, com mau prognóstico, o que se confirmou no caso relatado, portador de cardiopatia chagásica, falecido em 13/02/74. Dos 12 casos descritos na literatura<sup>1-11</sup> apresentavam cardiopatia grave, 4 faleceram, 4 permaneceram vivos até a data da redação da observação e de 4 não há menção sobre a evolução.

A raridade do caso descrito refere-se não somente à parassístole, ventricular espontânea dupla, encontrada em poucos trabalhos publicados, como a seu aparecimento em um caso de cardiopatia chagásica, doença na qual não tem sido descrita esta arritmia, mesmo unifocal. Acreditamos, entretanto, que essa arritmia seja bem mais frequente nessa cardiopatia, dependendo de um exame mais minucioso dos eletrocardiogramas, os quais devem ser registrados em traçados mais longos.

Outro aspecto importante do caso é o longo período de observação médica, feita diretamente por um dos autores e indiretamente através do prontuário e dos eletrocardiogramas, ao longo de 15 anos e 9 meses.

A resistência da arritmia à ação dos medicamentos pôde ser verificada, sendo este um aspecto ressaltado por Chung<sup>15</sup> embora Hiejima<sup>5</sup> tenha descrito um caso que mostrou diminuição dos batimentos ectópicos com uso de lidocaína intravenosa. É descrito o desaparecimento ou diminuição da arritmia após administração de digitálico<sup>15</sup>, o que não ocorreu de lidocaína intravenosa. É descrito o desaparecimento da arritmia com atropina<sup>5,7</sup>, medicamento que não foi utilizado no caso apresentado.

### SUMMARY

The authors report the case of a male patient, 54 years of age, with chronic Chagas' heart disease, having congestive heart failure and presenting a long lasting double spontaneous ventricular parasystole. The basal electrocardiogram of the patient shows complete left bundle branch block.

The same authors comment on the characteristic of the case, pointing out the electrocardiographic signs which led to the diagnosis of the arrhythmia. The severity of the case, which was fatal, is discussed in light of the resistance of the arrhythmia to anti-arrhythmic therapy. The parasystole is an arrhythmia as yet undescribed in Chagas heart disease and the double spontaneous ventricular condition is rather rare. Only twelve cases have been reported in the literature.

### REFERÊNCIAS

1. Chung, K. Y.; Walsh, T. J.; Massie, E. - Double ventricular parasystole. *Am. Heart J.* 67: 162, 1964.
2. El-Sherif, N.; Samet, P. - Multifocal ventricular ectopic rhythm. Evidence for multiple parasystolic activity. *Circulation*, 51: 492, 1975.
3. Fagundes, M. L. A.; Bisaglia R. E. B. - Parassistolia ventricular dupla espontânea. *Arq. Bras. Cardiol.* 33: 355, 1979.
4. Gavrilesco, S. et al - Double ventricular parasystole associated with atrial fibrillation. *Med. Interne*, 14: 253, 1976.
5. Hiejima, K.; Poh, T. D. - Double ventricular parasystole. Supernormal phase of conduction as a mechanism of intermittent parasystole. Report of a case. *Circulation*, 53: 572, 1976.
6. Huang, W.; Dong, C.; Lião, X. - Various types of double parasystole. *Chin. Med.* 94: 109, 1981.
7. Lixtfoot, P. R. - Simultaneous but separate intermittent and continuous ventricular parasystole. *J. Electrocardiol.* 10: 405, 1977.
8. Ogawa, S.; Watanabe, Y.; Dreifus, L. S. - Double ventricular parasystole: Intermittency and its relation to re-entrant premature beats. *Am. Heart J.* 93: 767, 1977.
9. Robles de Medina, E. O. - Multifocal ventricular parasystolic tachycardia. *Br. Heart J.* 38: 1047, 1976.
10. Roelandt, J.; Pool, J.; Schamroth, L. - Double - bifocal ventricular parasystole. *J. Electrocardiol.* 5: 86, 1972.
11. Tenczer, J.; Littmann, L. - Double irregular ventricular parasystole: rate - dependent entrance block and "supernormal" exit conduction. *Circulation*, 58: 723, 1978.
12. Scherf, D.; Choi, K. H.; Bahadori, A.; Orphanos, R. P. - Parasystole. *Am. J. Cardiol.* 12: 527, 1963.
13. Pick, A.; Langendorf, R. - Parasystole and its variants. *Med. Clin. N. Amer.* 60: 125, 1976.
14. Watanabe, Y. - Reassessment of parasystole. *Am Heart J.* 81: 451, 1971.
15. Chung, E. K. - Principles of Cardiac Arrhythmias. 2. ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1977.