

Pergunta:

Quais são as principais causas de bloqueio de ramo direito (BRD)?

Resposta:

O bloqueio de ramo direito (BRD) acontece por um retardo na condução do estímulo elétrico em qualquer porção intraventricular desse ramo, resultando em um padrão eletrocardiográfico característico que inclui três critérios:

1. Alargamento do QRS, com duração ≥ 120 ms;
2. Padrão rsr, rsR, rSR ou mais raramente um R puro em V1 ou V2;
3. Onda S profunda e alargada (maior do que 40 ms) em DI e V6.

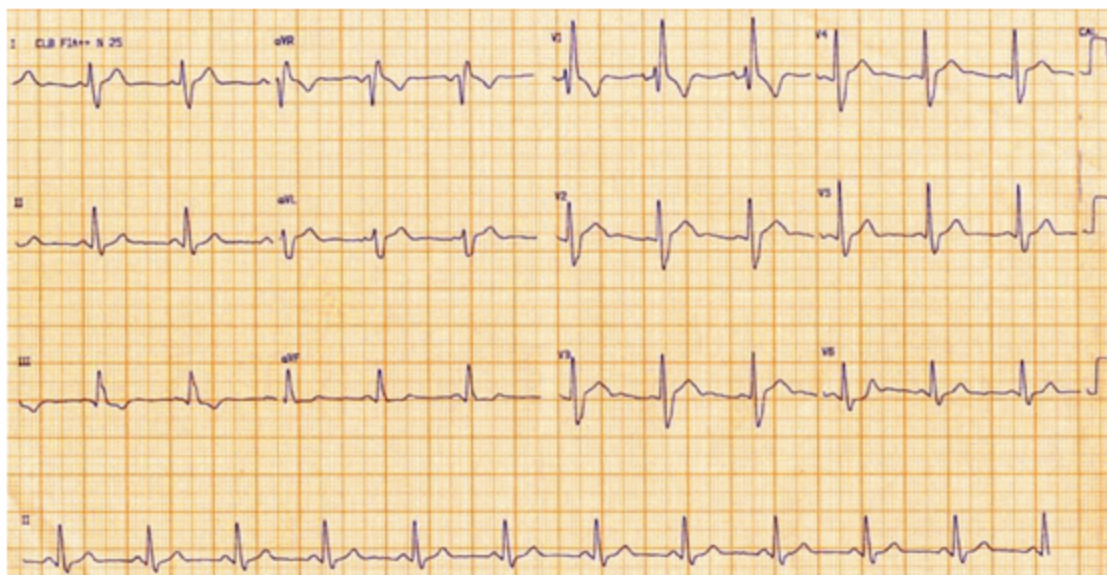


Fig. 1. ECG de 12 derivações mostrando BRD, com padrão rsR' em V1.

O bloqueio é definido como incompleto quando o QRS tem duração entre 110 e 120ms, na presença dos outros dois critérios apontados.

O BRD é um achado comum na população geral, com prevalência em torno de 0,2%, e na ausência de sinais clínicos de cardiopatia não tem valor prognóstico.

Entretanto, o diagnóstico de um BRD novo tem significado clínico, com maior possibilidade de doença coronariana, insuficiência cardíaca e maior mortalidade cardiovascular.

O BRD pode acontecer em cardiopatias de qualquer etiologia, por áreas de fibrose intersticial, e nesse contexto é um marcador do dano estrutural, com valor prognóstico.

Dentre as causas mais frequentes temos a cardiopatia hipertensiva, isquêmica (incluindo o infarto agudo do miocárdio), chagásica e a cardiomiopatia dilatada idiopática. Outras causas de cardiopatia dilatada, as cardiopatias congênitas, hipertrófica e as restritivas também podem cursar com BRD. Em todas elas, o bloqueio se correlaciona ao grau de acometimento cardíaco e tem significado prognóstico.

A duração do QRS é um dado importante, pois um BRD incompleto, quando comparado ao completo, é ainda mais frequente em indivíduos saudáveis, sem cardiopatia. Por outro lado, QRS muito alargado, superior a 140 ms, se correlaciona a cardiopatias mais graves.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Libby, P *et al.* Braunwald's Heart Disease – A Textbook of Cardiovascular Medicine, 8th ed. Elsevier-Saunders, Philadelphia, 2008.
2. Surawicz, B *et al.* AHA/ACCF/HRS Recommendations for the Standardization and Interpretation of the Electrocardiogram. Part IV. Rautaharju, PM *et al.* JACC 2009; 53 (11): 976–81.
3. Moffa, PJ, Sanches, PCR. TRanchesesi – Eletrocardiograma Normal e Patológico, 7ª ed. Rocca, São Paulo, 2001.