



IMAGEM EM CARDIOLOGIA

Perfuração tardia do miocárdio por cateter de *pacemaker* em doente assintomática

Late myocardial perforation by pacemaker lead in an asymptomatic patient

Maria Helena Valentim^{a,*}, Ana Cristina Ferreira^b, Carla Saraiva^a

^a Serviço de Radiologia, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

^b Serviço de Cardiologia, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Recebido a 27 de setembro de 2012; aceite a 22 de outubro de 2012

Disponível na Internet a 28 de abril de 2013

Mulher de 74 anos, com colocação de *pacemaker* definitivo (VDD) há cerca de 2 anos por BAV de 3.º grau, sem intercorrências, recorre à consulta de *pacemaker* de rotina. Não apresentava qualquer sintomatologia. Foi detetada disfunção do *pacemaker* (*undersensing* e falhas de captura), tendo-se realizado radiograma do tórax em incidência pósterio-anterior que mostrou projeção extracardíaca da extremidade do eletrocater (Figura 1). A doente foi submetida a tomografia computadorizada (TC) torácica, com aquisição espiral multidetetores (TCMD 16 cortes) e reconstruções multiplanares 2D (RMP) e 3D que confirmou a localização extracardíaca da extremidade do eletrocater, com topografia intratorácica justadiafragmática (Figuras 2-4).

A perfuração do miocárdio por eletrocater de *pacemaker* é uma complicação *major* do uso destes dispositivos, sendo, contudo, pouco frequente, com incidência reportada de 0,3-1,2%.

As perfurações são classificadas como agudas, subagudas ou tardias. As perfurações agudas ocorrem 5-7 dias após a implantação do dispositivo e as subagudas entre 7-30 dias. As perfurações tardias são habitualmente definidas como aquelas que ocorrem mais de 30 dias após implantação. A maioria dos casos descritos na literatura ocorre no primeiro ano.

Na maioria das vezes, a perfuração do miocárdio apresenta-se sintomaticamente com queixas de dor

torácica, dispneia, hipotensão ou disfunção do *pacemaker*. É também possível, embora mais raramente, a ocorrência de sintomas decorrentes da estimulação dos músculos da parede torácica ou soluços por estimulação do diafragma. Mais raramente, como no presente caso, pode ser totalmente assintomática, sendo necessário um elevado índice de suspeição. A radiologia convencional e TC podem confirmar o diagnóstico e documentar o trajeto do eletrocater.

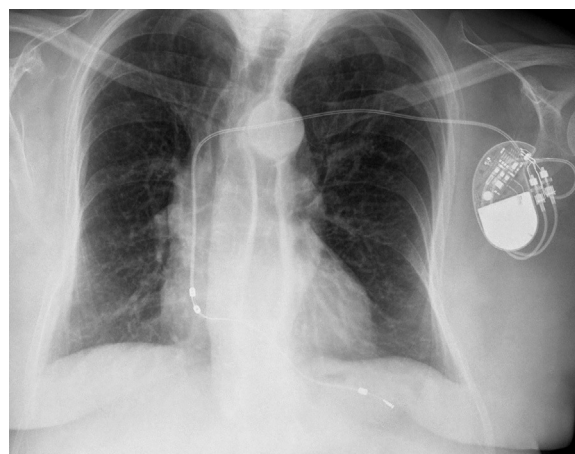


Figura 1 Estudo radiológico do tórax em incidência pósterio-anterior, demonstrando a extremidade do eletrocater de *pacemaker* projetando-se inferiormente ao contorno da hemicúpula diafragmática esquerda em topografia extracardíaca.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: mariahelenavalentim@gmail.com
(M.H. Valentim).

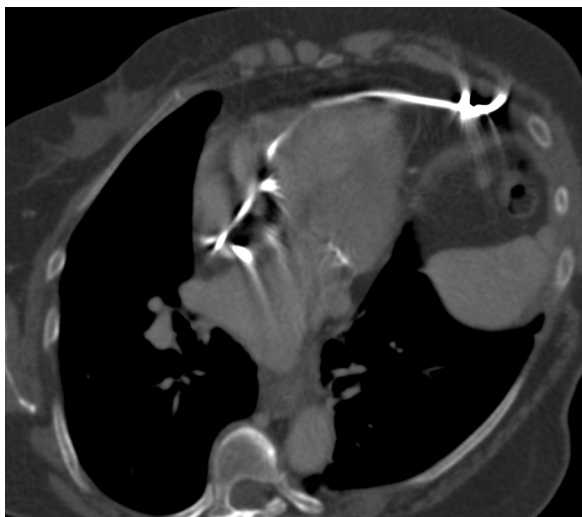


Figura 2 TCMD com RMP em plano axial obluo demonstrando o trajeto do eletrocater, parcialmente intraventricular, atravessando depois o miocrdio da parede livre do ventrulo direito e com topografia da sua extremidade na gordura paracardiaca esquerda, proximo da parede torica. Ausncia de derrame pericrdico ou de alteraes valorizveis da gordura mediastnica.

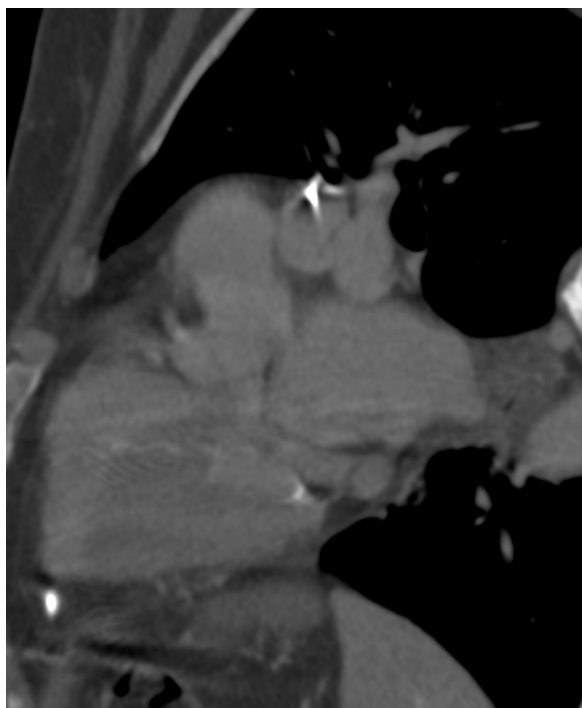


Figura 3 TCMD com RMP em plano sagital obluo demonstrando a topografia extracardiaca da extremidade do eletrocater (assinalada com seta), no mediastino anterior, supradiaphragmtica.

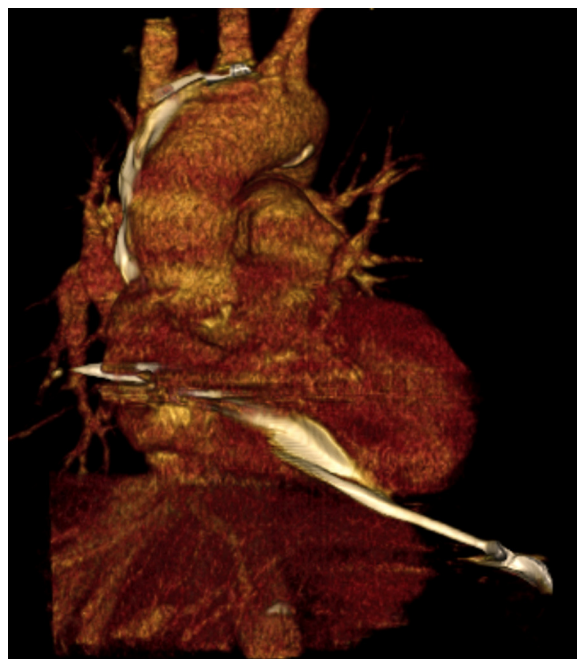


Figura 4 TCMD 3D evidenciando o eletrocater em ntida localizao extracardiaca.

Responsabilidades ticas

Proteo de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigao no se realizaram experincias em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram que no aparecem dados de pacientes neste artigo.

Direito  privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram que no aparecem dados de pacientes neste artigo.

Conflito de interesses

Os autores declaram no haver conflito de interesses.