

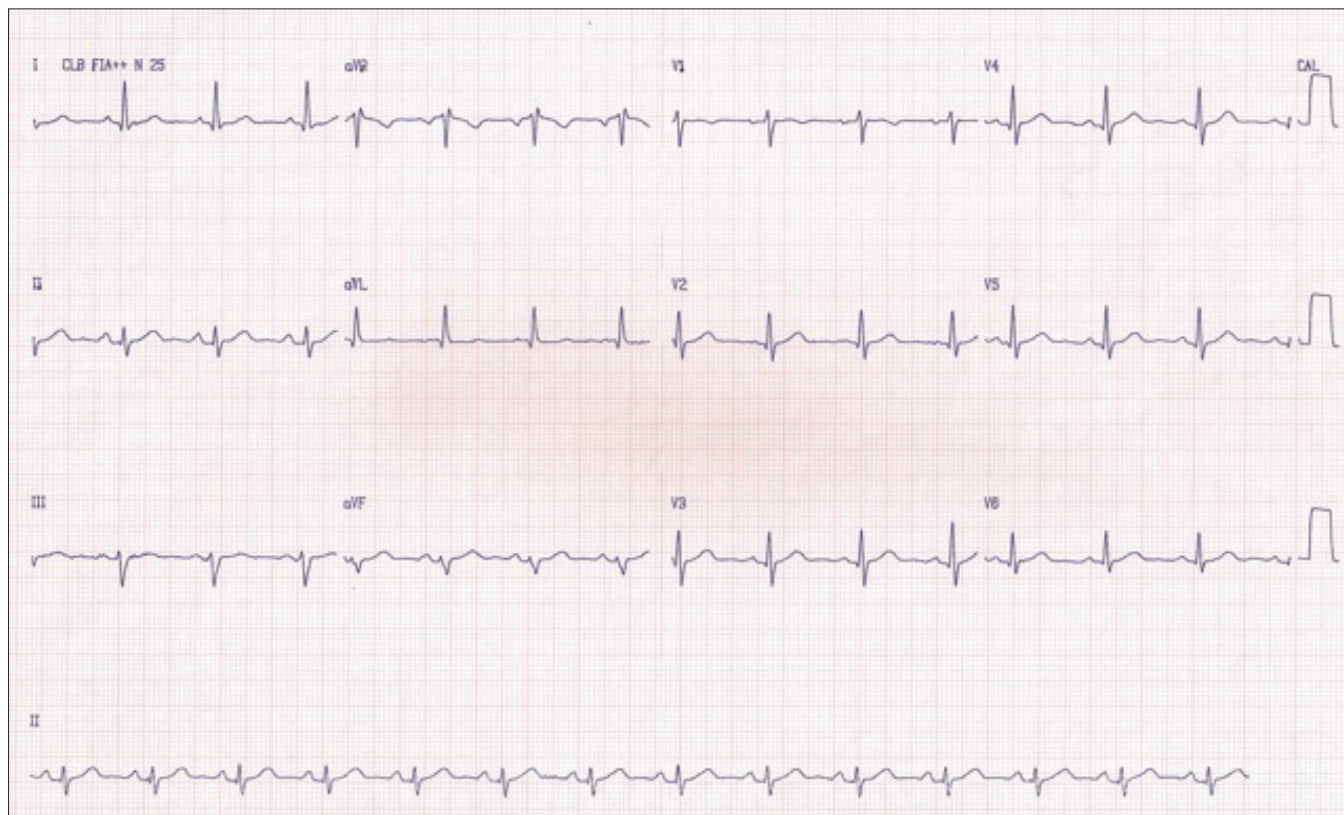
# Infarto agudo posterior isolado: forma incomum

Antonio Américo Friedmann<sup>I</sup>, José Grindler<sup>II</sup>,  
Carlos Alberto Rodrigues de Oliveira<sup>III</sup>, Alfredo José da Fonseca<sup>III</sup>

Serviço de Eletrocardiologia do Hospital das Clínicas da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)

Uma paciente, de 71 anos, portadora de diabetes melito tipo II e hipertensão arterial, queixava-se de dor precordial intermitente e estava preocupada porque um irmão tivera infarto do miocárdio. Numa sexta-feira, compareceu ao ambulatório do Hospital das Clínicas para realizar o teste ergométrico. O eletrocardiograma (ECG) em repouso (**Figura 1**) estava normal. Durante o esforço, não apresentou manifestações clínicas ou alterações do ECG sugestivas de isquemia. Foi embora

mais tranquila, mas retornou na segunda-feira referindo dor nas costas desde a madrugada. O ECG, desta vez (**Figura 2**), mostrou aumento da voltagem das ondas R de V1 a V3 com infradesnívelamento do segmento ST nas mesmas derivações. Suspeitando-se de infarto da parede posterior, foram feitas as derivações especiais V7 e V8 (**Figura 3**), que revelaram ondas Q e supradesnívelamento do segmento ST, alterações típicas de infarto agudo em evolução.



**Figura 1.** Eletrocardiograma (ECG) prévio normal.

<sup>I</sup>Livre-docente, diretor do Serviço de Eletrocardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

<sup>II</sup>Médico supervisor do Serviço de Eletrocardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

<sup>III</sup>Médico assistente do Serviço de Eletrocardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

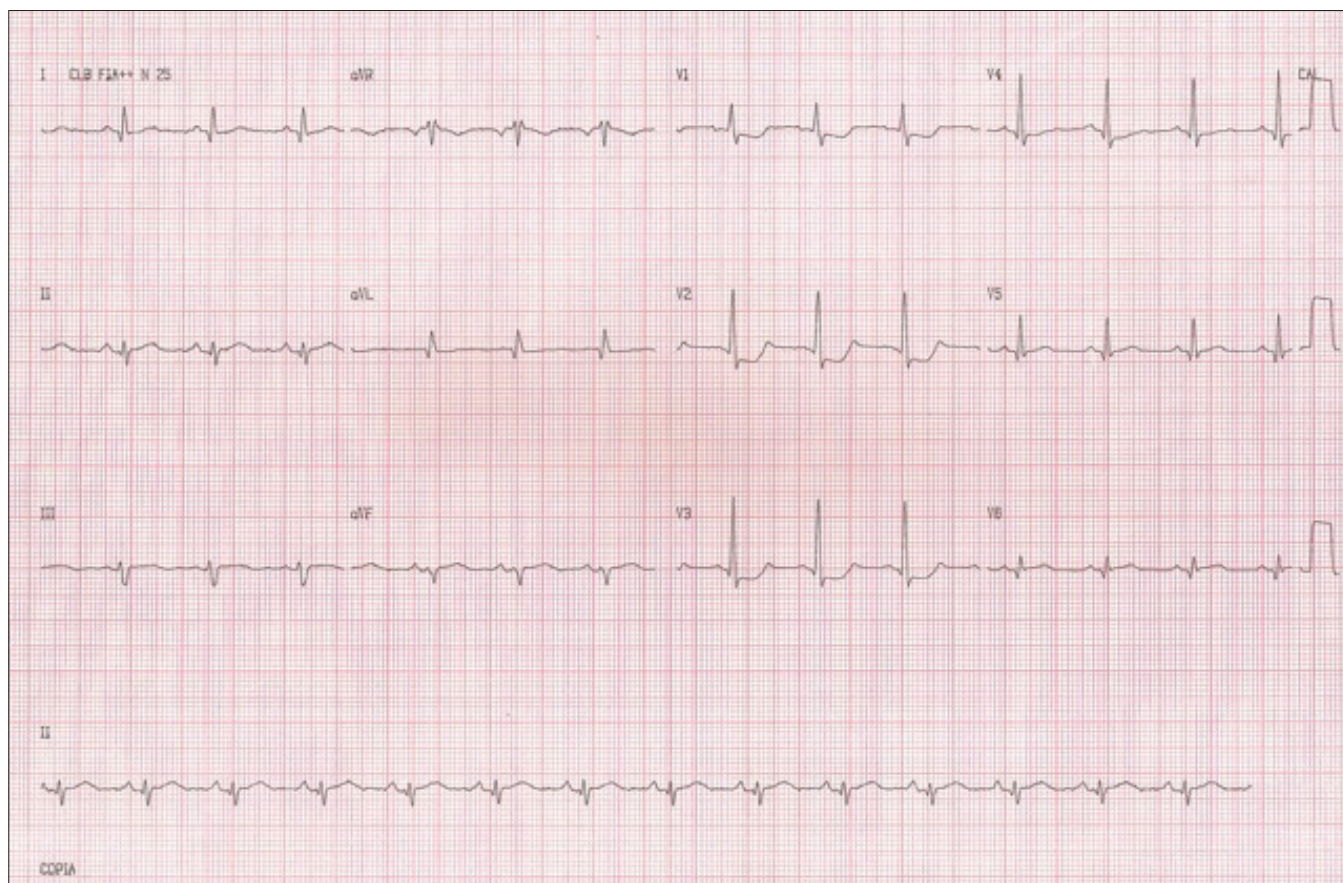


Figura 2. Aumento da voltagem das ondas R de V1 a V3 e infradesnívelamento do segmento ST nessas mesmas derivações (imagem "em espelho" das derivações V7 e V8).



Figura 3. Derivações V7 e V8: ondas Q e segmento ST supradesnívelado – sinais sugestivos de infarto agudo do miocárdio na parede posterior.

A paciente evoluiu mal, com surgimento de sopro sistólico em área mitral e instabilidade hemodinâmica. O cateterismo cardíaco revelou obstruções críticas das artérias descendente anterior (DA) e coronária direita (CD), oclusão total da artéria circunflexa, insuficiência mitral importante por rotura de cordalhas tendíneas e presença de circulação colateral. Na cirurgia cardíaca, realizaram-se anastomoses da aorta para as artérias coronárias DA e CD e troca da valva mitral por prótese biológica. Teve boa evolução pós-operatória e recebeu alta compensada.

## DISCUSSÃO

O infarto agudo posterior isolado é uma localização infrequente. Muito mais comum é o infarto da parede inferior com extensão para a parede dorsal ou posterior. Neste caso, o diagnóstico do infarto no ECG é bem mais evidente, reconhecido pela elevação do segmento ST nas derivações D2, D3 e aVF, além do infradesnívelamento nas precordiais direitas de V1 a V3.<sup>1</sup>

No caso apresentado, o diagnóstico foi suspeitado pela depressão do segmento ST de V1 a V3 e proeminência das ondas

R nestas derivações, alterações recíprocas da elevação de ST e das ondas Q na parede posterior. O infradesnivelamento de ST poderia ser confundido com isquemia ou lesão subendocárdica na região anteroseptal e a mudança súbita do eixo do QRS para frente (ondas R em V1) deve ser diferenciada do bloqueio divisional anteromedial do ramo esquerdo.<sup>2</sup> O diagnóstico diferencial com essas duas possibilidades pôde ser esclarecido nas derivações V7 e V8 que apresentavam sinais característicos de infarto agudo do miocárdio.

O conceito de infarto da parede posterior responsável pelo padrão RS em V1 e V2 é reconhecido desde 1964 por Perloff.<sup>3</sup> Mais recentemente, Bayés de Luna,<sup>4</sup> baseado em imagens de ressonância magnética, questionou a existência da parede posterior do coração afirmando que as alterações recíprocas em V1 e V2 correspondem à parede lateral, uma vez que a posição do coração no tórax não é pósterio-anterior, mas sim oblíqua. Todavia, a classificação topográfica tradicional das alterações isquêmicas no ECG continua aceita<sup>5</sup> e útil para correlação com a artéria coronária comprometida.

## CONCLUSÃO

Considerando a relevância do eletrocardiograma no diagnóstico do infarto agudo do miocárdio, é de fundamental importância para o clínico o reconhecimento das diferentes manifestações.

## REFERÊNCIAS

1. Friedmann AA, Oliveira CAR. ECG no infarto agudo do miocárdio. In: Friedmann AA, editor. Eletrocardiograma em 7 aulas: temas avançados e outros métodos. Barueri: Manole; 2010. p. 43-56.
2. Grindler J, Friedmann AA, Oliveira CAR. ECG com ondas R em V1. In: Friedmann AA, Grindler J, Oliveira CAR, Fonseca AJ, editores. Diagnóstico diferencial no eletrocardiograma. Barueri: Manole; 2011. p. 57-68.
3. Perloff JK. The recognition of strictly posterior myocardial infarction by conventional scalar electrocardiography. *Circulation*. 1964;30:706-18.
4. Bayés de Luna A. Nueva terminología de las paredes del corazón y nueva clasificación electrocardiográfica de los infartos con onda Q basada en la correlación con la resonancia magnética [New heart wall terminology and new electrocardiographic classification of Q-wave myocardial infarction based on correlations with magnetic resonance imaging]. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60(7):683-9.
5. Pastore CA, Pinho C, Germiniani H, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Análise e Emissão de Laudos Eletrocardiográficos (2009). *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(3 supl.2): 1-19. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz\\_ecg\\_93supl02.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_ecg_93supl02.pdf). Acessado em 2011 (21 nov).

## INFORMAÇÕES

### Endereço para correspondência:

Hospital das Clínicas da FMUSP  
Prédio dos Ambulatórios  
Serviço de Eletrocardiologia  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 155  
São Paulo (SP)  
CEP 05403-000  
Tel. (11) 3069-7146  
Fax. (11) 3069-8239  
E-mail: [ecgpamb@hcnet.usp.br](mailto:ecgpamb@hcnet.usp.br)

Fontes de fomento: nenhuma declarada

Conflito de interesse: nenhum declarado

Data de entrada: 17 de novembro de 2011

Data da última modificação: 17 de novembro de 2011

Data de aceitação: 30 de novembro de 2011