

# 1 – Arritmologia

## TL Oral

### 18986

#### Há Diferença na Ablação do flutter Atrial Istmal Utilizando Cateteres de Ponta 4mm Versus 8mm? Análise de 500 casos

Eduardo Machado Andrea, Washington Andrade Maciel, Jacob Atie, Bruno Rustum Andrea, Leonardo Rezende de Siqueira, Luis Gustavo Belo de Moraes, Rodrigo Periquito, Iara Atié Malan, Lara P Monteiro da Fonseca, Fabiana F Mitidieri Cortez, Cristiane Mesquita Bortoluzzo HU Clementino Fraga Filho - UFRJ Rio de Janeiro RJ BRASIL e Hospital PróCordis Niterói RJ BRASIL

**Fundamento:** A ablação por radiofrequência (A) é indicação absoluta para o tratamento do Flutter atrial (FIA) e a cura aproxima-se de 95%.

**Objetivo:** Comparar o sucesso da A com cateter de ponta de 4 versus 8 mm.

**Delineamento:** Estudo retrospectivo de série de casos.

**Pacientes e Método:** Analisamos 500 pacientes (pt) submetidos à A de FIA, divididos em 2 grupos: Grupo I (GI): 250 pt, 73,6% masculino (M), idade média de 55,8, utilizado cateter de ponta 4 mm; e Grupo II (GII): 250 pt, 75,2% M, idade média de 61, com cateter de ponta 8mm. Todos apresentavam frequentes crises documentadas de FIA típico, apesar do uso de antiarrítmicos. O bloqueio istmal bi-direcional (BBd) era analisado em ritmo sinusal, pelo tempo de condução istmal bidirecional > 150 ms. Avaliados 3, 6, 12 e 24 meses após.

**Resultados:** Sucesso na A: GI=79,2% X GII=80% (p NS) (Tabela); Média de aplicações de radiofrequência: GI=23 X GII=17 ; N de linhas: GI=2,4 x GII=1,4 ; tempo fluoroscopia médio: GI=31min X GII=18min ; recidiva do FIA: GI=15,6% X GII=9,2% (p<0,05).

**Conclusão:** 1) Não houve diferença no sucesso da A nos grupos.

2) Houve menos recidiva em pacientes tratados com cateter 8 mm.

3) Houve uma tendência a menos tempo de fluoroscopia e menos aplicações de radiofrequência em pacientes tratados com cateter 8mm.

	GI	GII
com BBd	198	200
sem BBd	52	50
Total	250	250

### 19090

#### Taquicardia reentrante AV nodal quando associada à fibrilação atrial tem o mesmo comportamento da síndrome de pré-excitação ventricular?

Eduardo Machado Andrea, Jacob Atie, Washington A Maciel, Bruno R Andrea, Luis G Belo de Moraes, Leonardo R de Siqueira, Rodrigo Periquito, Iara Atié Malan, Lara P Monteiro da Fonseca, Fabiana Ferreira Mitidieri Cortez, Cristiane Mesquita Bortoluzzo

Clinica São Vicente Rio de Janeiro RJ BRASIL e Hospital Adventista Silvestre Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento:** Há associação de fibrilação atrial (FA) com vias acessórias (VA). Sabe-se da diminuição da FA em 70% após a ablação (A) da VA. Pouco se sabe da redução da FA pós A de taquicardia reentrante AV nodal (TAVN).

**Objetivo:** Avaliar a ocorrência de FA em pacientes (pt) com TAVN submetidos à A.

**Delineamento:** Estudo retrospectivo de série de casos.

**Pacientes e Métodos:** De 2015 pt com TAVN submetidos à A, 28pt apresentaram FA (1,4%), divididos em 2 grupos. GI – 13/28pt (46%); TAVN e FA com documentação eletrocardiográfica (ECG) prévia, 9 pt do sexo feminino (F) e idade média 47,5; e GII – 15/28pt (54%): TAVN com degeneração para FA durante o procedimento, 10 pt F e idade média 58,3. Acompanhamento médio de 6 anos. Foi usado o teste do qui-quadrado de Pearson e p < 0,05 foi significativo.

**Resultados:** Em todos houve sucesso na A da via lenta. No GI (81%) e no GII (80%) não houve FA clínica. Não houve diferença estatística entre os grupos. No total, 82% dos pacientes ficaram livres de FA no acompanhamento.

**Conclusões:** (1) A ablação da via lenta da TAVN em pacientes com FA concomitante, tem alto índice de sucesso em prevenir a recidiva desta arritmia. (2) Em alguns pt com FA a documentação da TAVN fica prejudicada, provavelmente devida à rápida degeneração.

	GI	GII	Total
S/ FA	11	12	23
C/ FA	2	3	5
	13	15	28

### 19093

#### Taquicardia reentrante AV nodal não indutível no estudo eletrofisiológico precisa ser ablacionada?

Eduardo Machado Andrea, Bruno Rustum Andrea, Washington Andrade Maciel, Luis Gustavo Belo de Moraes, Leonardo Rezende de Siqueira, Rodrigo Periquito, Iara Atié Malan, Lara Patricia Monteiro da Fonseca, Fabiana Ferreira Mitidieri Cortez, Cristiane Mesquita Bortoluzzo, Jacob Atie HUCFF - UFRJ Rio de Janeiro e Hospital PróCordis Niterói RJ BRASIL

**Fundamento:** Eventualmente não é possível induzir a taquicardia reentrante AV nodal (TAVN) apesar do eletrocardiograma (ECG) e/ou história clínica.

**Objetivo:** Avaliar os resultados da ablação (A) em pacientes (pt) com TAVN não induzida durante estudo eletrofisiológico.

**Delineamento:** Estudo retrospectivo de série de casos.

**Pacientes e Métodos:** De 2015 pt com TAVN submetidos a A, esta não foi induzida em 67 (3,3%) que foram divididos em 2 grupos. GI-17/67pt (25%), 11pt femininas (F), idade média de 42,5, com ECG da TAVN; e GII-50/67pt (75%), 38pt F, idade média de 31,3, sem ECG, porém com sintoma típico. Foi feita a A pelo método convencional. Usado o teste do qui-quadrado e p<0,05 foi significativo.

**Resultados:** Em todos havia salto nodal AV com I eco atrial, sendo o achado de sinalização para realização a A da via lenta.No acompanhamento todos os pacientes permaneceram assintomáticos. Não houve complicações.

**Conclusões:** - Tendência à maior prevalência da arritmia nas mulheres.

- A ablação da TAVN é segura e pode ser feito na presença de salto nodal anterógrado com I eco atrial, mesmo sem a indução da taquiarritmia, em especial no pt com documentação ECG.

- Os pt sintomáticos se beneficiam da A na presença de salto nodal anterógrado e eco atrial.

	Masculino	Feminino	Total	p-valor
GI	6	11	17	0,92
GII	12	38	50	0,90
Total	18	49	67	

### 19095

#### Apresentação Clínica das Taquiarritmias Supraventriculares em Crianças Menores de 12 Anos

Eduardo Machado Andrea, Bruno R Andrea, Fabiana Ferreira Mitidieri Cortez, Washington Andrade Maciel, Luis Gustavo Belo de Moraes, Leonardo R de Siqueira, Rodrigo Periquito, Iara Atié Malan, Lara P Monteiro da Fonseca, Cristiane Mesquita Bortoluzzo, Jacob Atie HUCFF - UFRJ Rio de Janeiro e IECAC Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento:** As crianças com taquicardia supraventricular (TSV) manifestam sinais e sintomas na dependência da faixa etária.

**Objetivo:** Comparar a forma de apresentação clínica das TSV documentadas em crianças. Estudo retrospectivo observacional.

**Pacientes e Métodos:** Noventa e dois pacientes (pt) consecutivos, 63 pt masculinos (M), idade de 0 a 12 anos, com TSV foram avaliadas quanto aos sinais e sintomas: dor torácica, palpitação, sinais de baixo débito (palidez cutânea, sudorese fria, vômitos), relação das crises de TSV com quadros infecciosos e reversão da crise com o vômito. Dividimos em 2 grupos: GI – entre 0 e 4 anos e GII – entre 4 e 12 anos. O ecocardiograma era normal em todos. Usado o teste do qui-quadrado. P<0,05 foi significativo.

**Resultados:** O ECG da crise mostrava taquicardia atrial (TA) em 33pt, taquicardia por reentrada átrio-ventricular (TRAV) em 25pt, taquicardia por reentrada nodal AV (TAVN) em 11pt, flutter atrial (FIA) em 8pt e 18 pt com relato médico de TSV. Em 11/92pt (12%) a TSV reverteu com vômito, sendo 6/11pt (54%) do GI e 5/11pt (46%) do GII (p NS).

**Conclusões:** - Dor torácica e baixo débito são mais frequente em <4 anos;

- Palpitação foi mais frequente em > 4 anos;

- Deve-se suspeitar de TSV na interrupção dos sintomas após o vômito.

	GI (n)	GII (n)	Total (n)	p-valor
Dor torácica	26	7	32	0,055
Palpitação	10	36	46	<0,001
Baixo débito	15	5	20	<0,001
Total sintomas	57	45	101	

### Arritmias cardíacas nas revascularizações miocárdicas em hospitais públicos no município do Rio de Janeiro

Souza, Danielle B E, Oliveira, Gláucia M M, Klein, C H, Carvalho, M R M, Oliveira, Thais M L

Universidade Federal do Rio de Janeiro RJ BRASIL e Escola Nacional de Saúde Pública Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Introdução:** As arritmias cardíacas são comuns no pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica (RVM), acometendo entre 20 e 40% dos pacientes. As arritmias prolongam a internação devido às complicações secundárias e aumentam os custos do tratamento.

**Objetivos:** Mostrar a ocorrência das arritmias no pós-operatório de revascularização miocárdica em hospitais públicos do município do Rio de Janeiro.

**Metodologia:** De 1573 pacientes internados para realização de RVM no período de 1999 a 2003, em três hospitais públicos do município do Rio de Janeiro, foram obtidas amostras aleatórias de sobreviventes e óbitos em cada hospital. Foi considerado apenas o último procedimento de RVM. Dos 450 prontuários selecionados, foram revistos todos aqueles em que houve evolução com arritmia.

**Resultados:** Ocorreu arritmia em 23,8% dos pacientes. Em média cada paciente desenvolveu 1,12 arritmias. A arritmia mais comum foi a fibrilação atrial (37,81%), seguida da fibrilação ventricular (20,16%), taquicardia ventricular (10,92%), BAV total (10,92%), extrassístoles ventriculares (4,20%) e flutter atrial (4,20%). A ocorrência de arritmias no hospital universitário federal foi de 36,97%, no de referência federal foi de 35,29% e no de referência estadual foi de 26,89%.

**Conclusão:** As conseqüências das arritmias pós-RVM, complicações e mortes, poderiam ser evitadas pela prevenção com drogas adequadas. A elevada freqüência da fibrilação ventricular reflete problemas na seleção dos pacientes e na execução da RVM.

### A duração do QRS isoladamente é suficiente para indicar e prever a resposta clínica à terapia de ressincronização cardíaca ?

Luiz Eduardo Montenegro Camanho, Rodrigo Elias da Costa, Charles Slater, Luiz Antônio Oliveira Inácio Júnior, Marcelo da Costa Maia, Angelina Camiletti, Paulo Maldonado, Eduardo Benchimol Saad  
Hospital Pró-Cardíaco Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento:** O QRS largo é um sinal indireto de dissincronia ventricular, e constitui-se no fator inicial para indicar a terapia de ressincronização cardíaca (TRC). Baseado nas diretrizes brasileiras, para pacientes (pt) com QRS entre 120 e 150 ms é necessário um método complementar de imagem para documentar a dissincronia.

**Objetivo:** Avaliar se a duração do QRS isoladamente é suficiente para indicar e prever a resposta clínica à TRC.

**Delineamento:** estudo retrospectivo observacional.

**Pacientes e métodos:** 68 pacientes (pt) portadores de IC refratária à terapia medicamentosa submetidos à TRC (associado ou não a CDI). Em todos o ritmo era sinusal com BRE completo. A indicação da TRC baseou-se apenas nos aspectos clínicos e ECG. A idade média foi de 70±12 anos e 48pt (70,5%) masculino. O tempo médio de acompanhamento foi de 35,4±19,6 meses. Foram divididos em 2 grupos: GI (QRS 120-150ms): 19pt (28%) e GII-QRS>150ms: 49pt (72%). Foi considerado responsivo à TRC a mudança para CF I/II e melhora da qualidade de vida. A análise estatística foi realizada através do Teste T student e Exato de Fisher.

**Resultados:** O GI apresentou: idade média-69,5 anos; FE média-27,1%, QRS médio- 134,9ms; 12pt (63,1%) tinham DAC; 5pt (26,3%) morreram e 17pt (89,4%) responderam à TRC. O GII apresentou: idade média 70 anos (p=0,87); FE média 27,5% (p=0,86); QRS médio 181,7ms (p=0,008); 27pt (55,1%) tinham DAC (p=0,18); 12pt (24,5%) morreram (p=0,23) e 40pt (81,6%) responderam à TRC (p=0,22).

**Conclusão:** apesar do número pequeno de pt, os dois grupos apresentaram resposta clínica à TRC e mortalidade estatisticamente semelhantes, independente da utilização de métodos de imagens complementares.

## TL Oral

## 19819

### Ablação de Via Acessória Lateral Esquerda em Paciente com Síndrome de Wolff-Parkinson-White Portadora de Prótese Metálica Mitral

William Oliveira de Souza, Fernando Eugenio dos Santos Cruz Filho, Marcio Luiz Alves Fagundes, Eduardo Benchimol Saad, Claudia de Mello Perez, Diego Lima Pinho, Roberto Luiz Menssing da Silva Sá  
Instituto Nacional de Cardiologia RJ RJ BRASIL

**Fundamento:** A via acessória lateral (ALE) pode ser eliminada pela ablação com cateter com uso de radiofrequência através da aplicação de energia no anel atrioventricular esquerdo utilizando-se a abordagem transeptal ou via aórtica retrógrada. Entretanto o risco potencial de complicações com a prótese existe.

**Relato de Caso:** Apresentamos o caso de uma paciente de 48 anos portadora de hipertensão, lupus, diabetes mellitus, hepatite C e prótese mitral metálica que apresentou taquicardia incessante supraventricular refratária a drogas anti-arrítmicas e cardioversão elétrica. Após substituição do marevan por heparina, foi submetida a estudo eletrofisiológico que evidenciou a presença de uma via ALE mediadora da taquicardia recíproca ortodrômica (TRO) com intervalo RP' longo. Pela presença de prótese mitral metálica optou-se por utilizar técnica transeptal com a finalidade de abordar a via acessória pelo aspecto atrial do anel mitral. Após diversas aplicações na face atrial não se obteve êxito de eliminar-se a via. Apesar do risco, um novo procedimento utilizando-se desta vez a via aórtica retrógrada foi feito após tentativa de eliminação da via através de aplicação de radiofrequência no interior do seio coronário. O eletrograma do local de sucesso apresentava um eletrograma V de grande amplitude com um eletrograma atrial de baixa voltagem e duração aumentada (relação 6:1). Durante TRO, o eletrograma atrial precedia a onda P retrógrada em -20ms. A aplicação inicial não foi suficiente para dividir completamente a via, pois a condução retrógrada persistia entretanto 4 aplicações adicionais foram suficientes para eliminar a via acessória. A estimulação ventricular após essas aplicações demonstraram presença de dissociação ventrículo atrial.

**Conclusão:** 1- Apesar do risco, a ablação de uma via acessória presente no anel mitral é possível na presença de prótese metálica. 2- O procedimento deve ser realizado por profissional experiente com cuidados adicionais ao normal devido a potenciais complicações.