

1 – Arritmologia

Segurança da realização da ablação de fibrilação atrial com INR terapêutico: comparação com a transição utilizando heparina de baixo peso molecular

Eduardo B Saad, Ieda P Costa, Rodrigo E Costa, Luiz Antônio Oliveira Inácio Júnior, Charles Slater, Dario G M Neto, Angelina Camiletti, Paulo Maldonado, Luiz E Montenegro Camanho, Carisi A Polanczyk Hospital Pró-Cardíaco RJ RJ e Hospital de Clínicas PA *RS BRASIL

Fundamento: o manejo ideal da anticoagulação oral (ACO) no período pré e pós ablação de fibrilação atrial (FA) ainda é motivo de controvérsia. **Objetivo:** Comparar duas estratégias de anticoagulação: suspensão da warfarina com a utilização de heparina de baixo peso molecular (HBPM) e a realização da ablação sem a suspensão da warfarina, mantendo o INR terapêutico (entre 2,0 e 3,0).

Métodos: 140 pacientes (pt) portadores de FA persistente/ permanente submetidos à ablação por cateter de FA, foram divididos em 2 grupos: No grupo I (70 pt), a warfarina foi suspensa 5 dias antes do procedimento e utilizada terapia de transição com HBPM (Enoxaparina 1mg/kg 2x/dia pré ablação e 0,5mg/kg 2x/dia após o procedimento); no grupo II (70 pt), a warfarina não foi suspensa e o procedimento foi realizado com INR terapêutico. Ambos os grupos receberam heparina intravenosa (TCA > 350 seg) durante o procedimento.

Resultados: No grupo I foi observado uma complicação hemorrágica maior (1,4%) e 4 pt (5,7%) com complicações hemorrágicas menores. No grupo II dois (2,8%) pt apresentaram complicações hemorrágicas menores e 1 apresentou sangramento maior; porém este ocorreu após uso de HBPM por INR <2,0. Não houve nenhuma complicação tromboembólica ou morte cardiovascular nos dois grupos após 16 ± 8 meses.

Conclusão: a realização de ablação por cateter de FA sem a suspensão da ACO e INR terapêutico é uma estratégia segura e eficaz quando comparada à utilização de transição com HBPM, evitando, desta forma, um período inicial pós-ablação de anticoagulação inadequada.

Concorre ao Prêmio de Melhor Tema Livre do 28º Congresso

A presença de variação anatômica das veias pulmonares influencia o resultado da ablação de fibrilação atrial paroxística?

Charles Slater, Eduardo Benchimol Saad, Angelina Camiletti, Paulo Maldonado, Julia Paulo Silva, Rodrigo Elias da Costa, Luiz Antônio O Inácio Júnior, Dario Gonçalves de Moura Neto, Luiz E Montenegro Camanho Hospital Pró-Cardíaco Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: O isolamento das veias pulmonares (VVPP) é o objetivo principal do tratamento percutâneo da fibrilação atrial paroxística (FAP). O conhecimento da anatomia das VVPP é importante para o planejamento da ablação podendo ter implicações no resultado.

Objetivo: O objetivo principal foi avaliar o resultado a médio prazo da ablação (ABL) de FA paroxística em portadores de variação anatômica (VA) das VVPP. O objetivo secundário foi descrever as principais variações observadas nesta população.

Delineamento: Estudo retrospectivo observacional. O teste estatístico utilizado foi o teste exato de Fisher.

Pacientes e métodos: 61 pacientes portadores de FAP refratária ao uso de drogas antiarrítmicas (DAA) foram submetidos a angio RM de VVPP para avaliação anatômica pré ABL de FAP. A idade média foi de 45,86±13,24 anos e 52pt (85,25%) do sexo masculino. O tempo médio de acompanhamento foi de 6 a 18 meses. Foram divididos em 2 grupos: GI (sem VA): 41 pacientes (67,2%) e GII (com VA): 20 pacientes (32,8%). Todos os pacientes foram submetidos a ABL de FAP pela técnica do isolamento circunferencial das VVPP mantidos com DAA por 6 semanas e submetidos a nova angio RM de controle em 3 meses.

Resultados: O GI apresentou idade média 43,9±13 anos; FE média 68,6±7,66%, AE médio 40±6,37 mm; 37pt (90,2%) mantiveram-se em ritmo sinusal sem DAA. O GII apresentou: idade média 49,7±13,13 anos, FE média 68,3±9,45%; AE médio de 40,1±4,51 mm. 19 pacientes (95%) mantiveram-se em ritmo sinusal sem DAA. Houve 11 pacientes (55%) com VVPP supranumerárias e 9 pacientes (45%) com óstio comum de VVPP esquerdas. Não houve diferença estatística entre o sucesso da ABL de FAP entre os grupos I e II (p=0,46).

Conclusão: os dois grupos apresentaram resposta clínica à ABL de FA estatisticamente semelhantes; A presença de VA das VVPP não influenciou no resultado da ABL de FA paroxística nesta população; VVPP supranumerárias foi a VA mais frequentemente encontrada.

24081

Lesões da mucosa esofágica pós-ablação de fibrilação atrial: uma avaliação sistemática

Claudio Munhoz da Fontoura Tavares, Nilson Araujo de Oliveira Junior, Marcio Galindo Kiuchi, Hecio A de Carvalho Filho, Luiz Leite Luna, Cyro Vargues Rodrigues, Aristarco G de Siqueira Filho, Claudio Tinoco Mesquita Hospital São Vicente de Paulo Rio de Janeiro RJ BRASIL e Universidade Federal Fluminense Rio de Janeiro RJ BRASIL

Introdução: A ablação de Fibrilação atrial (FA) está estabelecida como uma opção terapêutica eficaz para o controle da arritmia em pacientes não responsivos ao tratamento farmacológico. Aplicações de RF na parede posterior do átrio esquerdo (AE) têm o risco potencial de gerar lesões térmicas no esôfago, fato que limita as aplicações de RF podendo comprometer o sucesso da ablação. A incidência de lesões esofágicas pós RF é bastante variável na literatura (2 a 47%).

Objetivo: Avaliar através de endoscopia digestiva alta (EDA) a incidência e o tipo de lesão esofágica em pacientes (pc.) submetidos a ablação de FA.

Materiais e Métodos: 21 pc. idade media 64,1±9 anos, 11 com fibrilação atrial paroxística (FAP) foram submetidos a ablação do antro das VP guiados por mapeamento eletroanatômico CARTO. Foi utilizado cateter de ponta 3,5mm irrigado, irrigação de 17ml/h e potencia de 30W sendo 20W na parede posterior do AE. Todos os pacientes foram submetidos a EDA no dia seguinte ao procedimento. Em 12 pc. foi realizada monitorização do esôfago com termômetro ou sonda nasogástrica (SNG) contrastada para visualização da topografia esofágica. Teste exato de Fisher foi empregado para avaliar as diferenças.

Resultados: Na EDA foram observadas lesões esofágicas em 11 pacientes (52,4%). Foram visualizados quatro padrões de lesão: equimoses (03 pc.), coágulos na superfície (02 pc.), úlceras (3 pc.) e erosão (3pc.). O termômetro foi utilizado em 12 pc. e SNG em 2 pc. Nos pc. com termômetro a temperatura máxima foi de 38,9°C. Não houve diferenças na incidência de lesões com e sem monitorização esofágica (8 vs. 3, respectivamente; p = 0,25) Nos pc. com úlcera foi repetida EDA de 2 a 4 semanas após, com resolução total das lesões.

Conclusão: A incidência de lesões da mucosa esofágica pós-ablação de FA é alta, mesmo com estratégias de monitorização do esôfago. Estratégias adicionais de prevenção desta complicação devem ser avaliadas.

24087

Quais os sinais e sintomas e os fatores de risco mais prevalentes nos pacientes admitidos com FA/Flutter descompensados na Unidade de Emergência?

Eduarda Barcellos dos Santos, Paula de Medeiros, Rodrigo Freire Mousinho, Raphael K Osugue, Paola Martins Presta, Claudio Vieira de Carvalho, Kamila Machado de Castro, Cristal Peters Cabral, André Volschan Hospital Pró-Cardíaco Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: A Fibrilação Atrial (FA) é a arritmia mais comumente encontrada na prática clínica, e responsável por um terço das internações hospitalares por distúrbios do ritmo cardíaco. Durante os últimos 20 anos, foi notado um aumento de 66% nas admissões hospitalares por FA, atribuídas a uma combinação de fatores: envelhecimento da população, aumento das doenças cardíacas crônicas e diagnósticos freqüentes.

Objetivo: Descrever os sinais e sintomas e os fatores de risco mais prevalentes em pacientes admitidos em uma unidade de emergência (UE).

Métodos: Estudo descritivo, retrospectivo, de uma amostra inicial de 133 pacientes admitidos na UE de um hospital terciário privado, foram selecionados 101 pacientes admitidos por FA/Flutter descompensados de outubro/2009 a dezembro/2010. Os dados foram obtidos a partir dos prontuários onde havia um formulário específico para coleta sistematizada das informações pertinentes. As manifestações clínicas consideradas foram: palpitação, dispnéia, dor torácica, sudorese e visão turva. Em relação aos fatores de risco foram coletados dados em relação a história de diabetes (DM), hipertensão arterial (HAS), presença de disfunção ventricular (IC), história de isquemia cerebral prévia (AVC/AIT) ou tromboembolismo periférico e estenose mitral (EM), além da idade.

Resultados: A média de idade foi de 67 ± 16,6 anos, com predominância do sexo masculino (61,3%). Palpitação foi o sintoma mais freqüente (54%), seguido por dispnéia (24%), sudorese (13%), dor torácica (11%) e visão turva (4%). Entre os fatores de risco, o mais prevalente era a idade ≥65 anos (62%), seguido por HAS (58%), IC (18%), DM (16%), passado de AVC/AIT (7%), tromboembolismo periférico (1,5%) e EM (1,5%).

Conclusão: FA está relacionada ao envelhecimento e ao número de comorbidades associadas, tornando o paciente de maior risco para eventos tromboembólicos. No nosso registro, palpitação é o sintoma mais comum, assim como a idade avançada é o fator de risco mais prevalente.

Ablação por cateter em ritmo sinusal de taquicardias ventriculares instáveis em cardiopatas comparando os sistemas eletroanatômicos – Carto e Navx
Eduardo Machado Andrea, Rodrigo Periquito, Washington Andrade Maciel, Leonardo Rezende de Siqueira, Luis G Belo de Moraes, Fabiana F Mitidieri Cortez, Lara Patricia Monteiro da Fonseca, Iara Atié Malan, Simone Farah, Jacob Atié UFRJ Rio de Janeiro RJ BRASIL e IECAC Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: Pt portador de TV Instável (TVi) tem alto risco de morte súbita e difícil mapeamento durante o estudo eletrofisiológico (EEF) para ablação por radiofrequência (AR) devido a instabilidade hemodinâmica.

Objetivo: Avaliar os resultados a médio e longo prazos da recorrência de TVi em portadores de cardiopatia e cardioversor-desfibrilador implantável (CDI) em tempestade elétrica, submetidos a (AR).

Pacientes e Método: De 7012pt submetidos a EEF e AR, 27pt apresentaram TVi (0,4%) que foram divididos em 2 grupos. GI – 18pt (66%) foram submetidos ao mapeamento pelo sistema CARTO; e, GII – 9pt (34%) submetidos ao mapeamento pelo NAVx. A idade variou de 43 a 75 anos (média 67,3), 12pt isquêmicos, 7pt chagásicos (Ch), 5pt miocardiopatia dilatada (MCD), 1pt com fibrodilatação do ventrículo direito, 1pt cardiopatia congênita, 1 pt polimiosite. Um pt com Ch, devido a mediastinite teve o sistema de CDI explantado ficando internado por 9 meses. O EEF e AR foram feitos com punção de veia e artéria femoral. Em 5 pt foi feita punção epicárdica (1 isquêmico, 21 chagásicos, 1 fibrodilatação, 1 MCD). O sucesso na AR foi a não indução da TVi imediatamente a AR.

Resultados: Obteve-se sucesso global na AR em 28/32 (87%) TVi induzidas pré-ablação. No GI 18/20pt (90%) apresentaram sucesso na AR pelo sistema CARTO num acompanhamento médio de 3 anos (1 a 7 anos). No GII 10/12pt (83%) apresentaram sucesso na AR pelo sistema NAVx num acompanhamento médio de 2 anos (1 a 5 anos). O pt com sistema de CDI explantado ficou 9 meses sem arritmia até um novo sistema ser implantado.

Conclusões: A AR da TVi em ritmo sinusal é de fácil execução com os sistemas de mapeamento eletroanatômico. Não houve diferença de sucesso na AR entre os sistemas. A AR é um adjuvante ao CDI e não o substitui, pois doença é progressiva. Os sistemas são de fácil execução não aumentando o tempo de procedimento.

Características clínicas e eletrofisiológicas de 1465 pacientes com vias acessórias átrio-ventriculares submetidos à ablação por radiofrequência – Experiência de 15 anos

Iara Atié Malan, Washington Andrade Maciel, Eduardo Machado Andrea, Luis Gustavo Belo de Moraes, Leonardo Rezende de Siqueira, Rodrigo Periquito, Lara Patricia Monteiro da Fonseca, Fabiana F Mitidieri Cortez, Jacob Atié UFRJ Rio de Janeiro RJ BRASIL e Clínica São Vicente Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: Estudos foram realizados analisando pt com vias acessórias (VA), mas a maioria é de ensaios estrangeiros, com um número relativamente pequeno de pt (Belhassen B. *Radiofrequency ablation of accessory pathways: a 14 year experience at the Tel Aviv Medical Center in 508 patients*. Isr Med Assoc J 2007;9:265-70).

Objetivos: Descrever o número e a localização das VA em pt brasileiros submetidos à ablação, a associação com outras arritmias, o sucesso, as complicações, correlacionar a taquicardia reentrante átrio-ventricular antidrômica (TRAVA) com múltiplas VAs.

Delineamento: Estudo observacional.

Material e Métodos: Foram analisados retrospectivamente 1465 pt com VAs que realizaram estudo eletrofisiológico e ablação. Os pt foram avaliados de acordo com o sexo, a idade, o número de VAs, a localização, outras arritmias, o sucesso, as complicações e TRAVA com múltiplas VAs.

Resultados: Evidenciadas 1540 VAs, 66 pt (4,5%) tinham múltiplas VAs, 36,6% das VAs estavam localizadas na região lateral esquerda (LE), 9,7% na posterior esquerda, 26,4% na posteroseptal, 10,2% na medioseptal, 5,1% na anteroseptal, 10,6% na lateral direita e 1,4% na posterior direita. Houve associação com arritmias em 9,9% dos pt; a Taquicardia por Reentrada Nodal foi evidenciada em 2% dos pt, o FIA ocorreu em 0,9% dos pt, a FA foi observada em 6,2% dos pt e 0,8% dos pt apresentavam documentação prévia de Fibrilação Ventricular (FV). A presença de TRAVA foi mais freqüente com múltiplas VAs (18,2%). O sucesso foi de 90,6%. Complicações em 0,89% dos pt.

Conclusões: As VAs laterais esquerdas foram as mais prevalentes, a FA foi a arritmia mais freqüente e 12 pt apresentaram FV, a presença de TRAVA se correlacionou com múltiplas VAs e o sucesso da ablação foi de 90,6% com 0,89% de complicações.

Apresentação clínica de taquicardias supraventriculares em crianças – Análise retrospectiva

Eduardo Machado Andrea, Rodrigo Periquito, Washington Andrade Maciel, Leonardo Rezende de Siqueira, Luis Gustavo Belo de Moraes, Fabiana Ferreira Mitidieri Cortez, Lara Patricia Monteiro da Fonseca, Iara Atié Malan, Simone Farah, Fernando Senn, Jacob Atié UFRJ Rio de Janeiro RJ BRASIL e IECAC Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: As crianças com idade <12 anos com taquiarritmia supraventricular (TSV) manifestam diferentes sinais e sintomas na dependência da faixa etária.

Objetivo: Comparar a forma de apresentação clínica das TSV documentadas.

Pacientes e Método: 79 pt consecutivos, 47 do sexo masculino (M), idade de 0 a 12 anos com TSV foram avaliados quanto a: dor torácica, sinais de baixo débito, palidez cutânea, sudorese fria, relação das crises com quadro infecciosos e reversão das crises com vômito. Foram divididos em GI – 0 a 4 anos; e, GII – 4 a 12 anos. O ecocardiograma era normal em todos.

Resultados: O ECG da crise mostrava taquicardia atrial (TA) em 24pt, 23 com taquicardia reentrante átrio-ventricular (TRAV), 9pt com taquicardia reentrante nodal AV (TRN), 9 pt com flutter atrial, e 14 pt com relato médico de atendimento em emergência com TSV. GI – 38 pt (22M) dos quais 19pt (50%) apresentavam dor no peito, 11pt (29%) com sinais de baixo débito, 9 pt (23%) com palpitação e 5pt desencadeavam crises de TSV em estados gripais (2 pt TA e 3pt TRAV). GII – 41 pt (25M) dos quais 29 apresentavam palpitação, 9 pt com dor no peito, 6 com baixo débito. Doze pt reverteram a taquicardia com episódio de vômito, sendo 9pt do GI (3TRN, 4TRAV, 2TSV), e 3pt do GII (1TA e 2TSV).

Conclusões: (1) Dor torácica como manifestação de TSV ocorreu mais em criança <4 anos, (2) Palpitação foi observada como manifestação de taquiarritmia em crianças >4 anos, o que pode estar relacionado com melhor caracterização dos sintomas pela criança, (3) Os quadros gripais desencadearam crises de taquiarritmia em crianças <4 anos, (4) A reversão das crises de TSV com vômito ocorreu mais em crianças <4 anos e portadoras de taquicardia com mecanismo de reentrada.

Utilização de ecocardiograma transesofágico 3D na ablação de fibrilação atrial

Claudio Munhoz da Fontoura Tavares, Hecio Affonso de Carvalho Filho, Marcio Galindo Kiuchi, João Carlos Tress, Claudio Tinoco Mesquita, Nilson Araujo de Oliveira Junior Hospital São Vicente de Paulo Rio de Janeiro RJ BRASIL e Universidade Federal Fluminense Niterói RJ BRASIL

Introdução: O isolamento do antro das veias pulmonares constitui a principal estratégia no tratamento por ablação da fibrilação atrial (FA). Estratégias que visualizam o átrio esquerdo (AE) e as veias pulmonares (VP) são úteis para guiar os cateteres de estudo e ablação.

Objetivo: Relatar um caso de ablação de FA no qual foi utilizado o ecocardiograma transesofágico 3D (ECO 3D) para auxiliar no procedimento.

Materiais e Métodos: Paciente masculino, 56 anos apresentando episódios de FA paroxística e intolerância a medicações antiarrítmicas. Proposta ablação do antro das VP.

Resultados: Realizada monitorização transesofágica com ECO 3D. Com esta estratégia foram avaliadas: auriculeta esquerda sendo descartados trombos. Foram obtidas imagens do septo interatrial (SIA) sendo útil no posicionamento da agulha de Brockenbrough na fossa oval e realização da punção transeptal. Após acesso ao átrio esquerdo o ECO 3D permitiu, de forma eficaz a visualização do óstio das 4 veias pulmonares. Foi possível avaliar a adequada aposição do cateter circular no óstio das VP. O posicionamento do cateter de ablação, embora possível, foi prejudicado pela presença do artefato da irrigação. Foi possível ainda a utilização da sonda do ECO 3D para deslocamento do esfago para longe do óstio da VP inferior esquerda, possibilitando aplicações de radiofrequência nesta área. Neste paciente ainda foi possível a indução de taquicardia reentrante nodal a qual foi ablaçionada.

Conclusão: O ECO 3D foi útil na ablação da fibrilação atrial. No momento, o seguimento do cateter de ablação ainda é sub-ótimo, não permitindo o seu uso isoladamente, sem radioscopia. A introdução de cateteres de ablação circulares poderão ter no ECO 3D uma ferramenta útil para a aposição nas VP.

Fatores de risco para fibrilação atrial no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio.

Carolina Pelzer Sussenbach, Luiz Francisco Zimmer Neto, Jacqueline C E Piccoli, Anibal Pires Borges, Leonardo Sinnott Silva, Tiago Santini Machado, Cristina Echenique Silveira, José L de França Albuquerque, João Batista Petracco, Luiz Carlos Bodanese, João Carlos V da Costa Guaragna Hospital São Lucas / PUCRS Porto Alegre RS BRASIL

Fundamento: Fibrilação Atrial (FA) no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) embora, geralmente, autolimitada e sem associação com óbito, relaciona-se com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e prolongamento do tempo de hospitalização. A identificação de fatores de risco é importante para otimizar terapêutica preventiva. A profilaxia com Beta Bloqueador é aceita universalmente.

Objetivo: Pesquisar quais os pacientes que apresentam maior risco para FA no pós-operatório de CRM.

Delineamento: Estudo de coorte retrospectiva.

Pacientes e métodos: Foram analisadas as informações de pacientes submetidos a cirurgias cardíacas do HSL-PUCRS do período de Fevereiro de 1996 a Maio de 2009. No intuito de identificar os fatores preditores de FA foram analisadas 6 variáveis pré-operatórias (Idade, Doença pulmonar obstrutiva crônica, Insuficiência renal crônica, Betabloqueador, antiarrítmico e Fração de ejeção) e 1 variável operatória (tempo de circulação extracorpórea) por análise uni variada (Qui-Quadrado de Pearson), e multivariada (regressão logística) para um nível de $p < 0,05$.

Resultados: Foram estudados 3139 pacientes e 677 (21,6%) apresentaram FA no pós-operatório de CRM. Os fatores preditores independentes de FA foram Idade >70 anos (RR:2,599; IC:2,142-3,155; $p < 0,001$) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) (RR:1,291; IC:1,037-1,608; $p = 0,022$). Encontrou-se uma tendência para risco de FA em pacientes com Insuficiência renal crônica (IRC) (RR:1,305; IC:0,980-1,737; $p = 0,069$).

Conclusão: Idosos (>70 anos) e portadores de DPOC apresentam maior risco para FA após CRM. A identificação de DPOC pode dificultar o uso de beta-bloqueador no pré-operatório, sugerindo a necessidade de usarmos outro antiarrítmico (amiodarona ou propafenona).

O quanto uma boa história clínica colhida ajuda no diagnóstico diferencial das taquicardias supraventriculares reentrantes que utilizam o nó AV como parte do circuito

Eduardo Machado Andrea, Rodrigo Periquito, Washington Andrade Maciel, Leonardo Rezende de Siqueira, Luis Gustavo Belo de Moraes, Fabiana Ferreira Mitidieri Cortez, Lara Patricia Monteiro da Fonseca, Iara Atié Malan, Simone Farah, Jacob Atie UFRJ Rio de Janeiro RJ BRASIL e IECAC Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: As Taquicardias Supraventriculares (TSV) manifestam-se com palpitações. Uma análise detalhada da palpitação com características clínicas, idade e sexo podem ser úteis no diagnóstico diferencial no consultório, mesmo com ECG basal normal.

Objetivo: Avaliar prospectivamente o valor de: sexo, idade dos sintomas, localização (fúrcula ou precórdio), início ou término gradual/abrupto, poliúria, síncope/pré-síncope e relação com esforço. Fizeram estudo eletrofisiológico (EEF) os pt com ECG com suspeita de taquicardia reentrante nodal (TRN) ou reentrada por via anômala oculta (TRAV), sendo submetidas a ablação.

Pacientes e Método: Em 947pt com taquicardia com diagnóstico de TRN (532pt) ou TRAV (414pt) ao EEF, responderam questionários prévios. Utilizamos o SPSS para análise.

Resultados: Vide tabela abaixo.

Conclusões: Feminino, palpitação em fúrcula, acordar em taquicardia e ocorrência no repouso foram estatisticamente significativas para o diagnóstico de TRN na análise multivariada. A primeira crise de TRN ocorreu mais tarde, estatisticamente significativa.

	FEM	Fúrcula	Acordar	Pré/Síncope	Repouso	Poliúria
TRN	422	275	55	320	522	149
TRAV	224	157	3	178	313	10
p	0,03	0,02	0,03	0,77	0,00	0,17

Início: TRN 35,8 anos TRAV 16 anos $p = 0,00$

Assistolia imediatamente após ablação de flutter atrial em pacientes previamente submetidos à ablação cirúrgica tipo Maze

Erivelton Alessandro do Nascimento, William Oliveira de Souza, Raquel Guimarães de Oliveira, Daniel Marzulo Reis, Maila Seifert Macedo Silva, Eduardo Benchimol Saad, Marcio Luiz Alves Fagundes, Fernando Eugenio dos Santos Cruz Filho Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras Rio de Janeiro RJ BRASIL

Resumo dos casos: C.M.A e C.V.S.N., 71 e 36 anos respectivamente, feminina, do lar, internadas por episódios repetitivos de taquiarritmias sintomáticas. O eletrocardiograma exibia flutter típico de caráter incessante. Na história patológica pregressa havia hipertensão arterial sistêmica, valvulopatia mitro-aórtica reumática com prótese metálica mitral há 20 anos e 7 anos respectivamente. Ambos pacientes foram submetidos a ablação cirúrgica tipo Maze (corte costura e radiofrequência respectivamente) quando da troca valvar. Após otimização do tratamento clínico pacientes permaneceram em classe funcional II NYHA. Ambas encaminhadas para ablação. Durante a aplicação de radiofrequência na região de istmo cavo-tricuspídeo apresentaram assistolia parcial e total requerendo implante de marca-passo definitivo. Durante o implante foi possível demonstrar que ao estimular o átrio havia condução AV normal, confirmando que a assistolia era devida a ausência de escape atrial, nodal e ventricular. Apesar de ser um desfecho incomum, a assistolia durante a aplicação de radiofrequência na região do istmo cavo-tricuspídeo, requerendo o implante de marca-passo definitivo deve ser considerada.

Conclusões: Pacientes submetidos a ablação cirúrgica tipo Maze podem apresentar depressão ou ausência de ritmos de escape, e durante a ablação de flutter atrial nesta população podem ocorrer ritmos bradicárdicos instáveis.

Correlação da apresentação clínica de taquicardia reentrante AV antidrômica e da idade dos pacientes na época da ablação com a presença de uma ou múltiplas vias acessórias

Iara Atié Malan, Washington Andrade Maciel, Eduardo Machado Andrea, Luis Gustavo Belo de Moraes, Leonardo Rezende de Siqueira, Rodrigo Periquito, Lara P Monteiro da Fonseca, Fabiana Ferreira Mitidieri Cortez, Jacob Atie UFRJ Rio de Janeiro RJ e Clínica São Vicente Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamentos: Os pt com múltiplas vias acessórias (MVA) geralmente são mais sintomáticos e fazem ablação mais cedo na sua história natural (Weng KP, Wolff GS, Young ML. *Multiple accessory pathways in pediatric patients with Wolff-Parkinson-White syndrome*. Am J Cardiol 2003;91:1178-83).

Objetivos: Correlacionar a apresentação clínica de taquicardia reentrante átrio-ventricular antidrômica e a idade do paciente no momento da ablação com a presença de uma ou MVA.

Delineamento: Estudo observacional.

Material e Métodos: Um grupo de 1465 pt com vias acessórias submetidos à ablação foi estudado e foi avaliada a correlação da apresentação clínica de taquicardia reentrante átrio-ventricular antidrômica com a presença de uma ou MVA e a sua relação com a idade à época da ablação.

Resultados: A taquicardia reentrante átrio-ventricular antidrômica foi evidenciada em 21 pt (1,4%). Nos pt em que se identificou essa arritmia, 9 deles apresentavam uma via acessória, resultando em 0,6% dos pt com uma via acessória. Contudo, ao se observar os pacientes com MVA, foi encontrada essa arritmia em 12 pt, correspondendo a 18,2% dos pt com MVA. Foram evidenciadas 1540 vias acessórias e 66 pt (4,5%) demonstravam MVA. Dos 66 pt com MVA, no ato da ablação, 22 destes tinham idade ≤ 18 anos, revelando 6,9% de um total de 317 crianças, enquanto 44 pt eram maiores de 18 anos, traduzindo 3,8% de um total de 1148 pt adultos, o que revela uma prevalência relativa maior de MVA em pt que foram submetidos à ablação com idade ≤ 18 anos; essa diferença tem relevância estatística ($p = 0,018$, OR:1,87, IC:1,07-3,26).

Conclusões: A presença de taquicardia reentrante átrio-ventricular antidrômica foi mais frequente em pt com MVA (18,2%). Houve uma maior prevalência de MVA em pt que foram submetidos à ablação com idade ≤ 18 anos, com significância estatística.

Quantificação da fibrose atrial esquerda através da ressonância magnética cardíaca e sua validação pelo mapeamento eletroanatômico CARTO 3

Claudio Munhoz da Fontoura Tavares, Nilson Araujo de Oliveira Junior, Hécio Affonso de Carvalho Filho, Marcio Galindo Kiuchi, Martha Valéria Tavares Pinheiro, Olga Ferreira de Souza, Mauricio Ibrahim Scanavacca, Clério Francisco de Azevedo Filho
Hospital São Vicente de Paulo RJ RJ e Instituto D'Or RJ RJ BRASIL

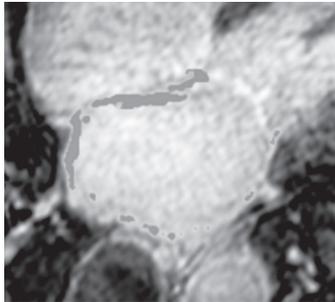
Introdução: O remodelamento estrutural do átrio esquerdo (AE) reduz o sucesso da ablação da fibrilação atrial (FA). A definição do grau de fibrose do AE antes da ablação pode ser útil no planejamento do procedimento.

Objetivo: Avaliar a possibilidade de detecção da fibrose atrial através da ressonância magnética cardíaca (RMC) e correlacionar com o mapa de voltagem (MV) no mapeamento eletroanatômico (MEA) durante a ablação de FA.

Materiais e Métodos: Pc. I Masc. 72 anos com *flutter* atrial atípico persistente pos ablação; pc.II Masc. 51 anos com FA paroxística e coração estruturalmente normal. Previamente ao procedimento os pacientes foram submetidos a RMC do AE e quantificação da fibrose. Ambos os pc. foram submetidos ao MEA do AE através do sistema CARTO 3 sendo criados MV do AE pré ablação.

Resultados: Os pacientes I e II demonstraram fibrose na RMC de 29% e 03% respectivamente. O MV pelo CARTO 3 demonstrou fibrose (voltagem <0,25mV) de 18,2% e 0%.

Conclusão: Esta experiência preliminar sugere ser possível quantificar a fibrose no AE de forma satisfatória pela RMC. Esta informação pode ter implicação na seleção de pacientes candidatos a ablação por radiofrequência da FA.



Taquicardia ventricular induzida em estudo eletrofisiológico com foco miocárdico em eletrodo de CDI

William Oliveira de Souza, M Seifert M Silva, Diego L Pinho, Erivelton A D Nascimento, Eduardo B Saad, Marcio L A Fagundes, Luiz H C Loyola, Gustavo C Lacerda, Claudia M Perez, Rodrigo Minati B, Fernando Eugenio dos Santos Cruz Filho
Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamento: A despeito de sua utilidade, a presença de desfibriladores implantáveis está associada à morbidades.

Objetivo: O caso apresentado demonstra a presença de taquicardia ventricular induzida pelo eletrodo ventricular de desfibrilador implantável.

Relato de Caso: Apresentamos o caso de paciente feminina de 48a, HAS de longa data e com diagnóstico prévio de CMP periparto desde os 25 anos de idade, em tratamento irregular para insuficiência cardíaca e portadora de cárdiodesfibrilador implantável desde 2008. Admitida em abril de 2010 em tempestade elétrica apresentando à internação taquicardia ventricular sustentada com FC próxima à 140bpm. Interrogação do CDI evidenciou 31 episódios apropriados de desfibrilação nas 48 horas antecedentes. Internada em unidade intensiva, sendo reprogramada faixa de terapia do CDI para FC superior à 170bpm, e iniciada amiodarona venosa e correção eletrolítica. Apresentou vários episódios de TV com as mesmas características, interrompidos espontaneamente, do dia 1/04/2010 até 05/04/2010 quando observou-se o último episódio de TV. Ecocardiograma evidenciou disfunção sistólica grave de VE (FE 17% por Simpson). Em estudos eletrofisiológicos subseqüentes em 07/04 e 13/04 a taquicardia ventricular foi induzida e mapeada sendo diferente da TV clínica e estava localizada no miocárdio em contato com eletrodo de VD do CDI. Como a TV observada não foi a clínica, e a paciente mantinha-se estável sem novos eventos, optou-se por manter amiodarona com acompanhamento clínico próximo.

Conclusão: 1. A despeito de adequadamente funcionantes e implantados corretamente, os dispositivos implantáveis podem ser fonte de morbidade. 2. No caso apresentado foi flagrada ao EEF taquicardia ventricular com foco na ponta do eletrodo de CDI.