

Ablação por cateter de taquicardia por reentrada nodal com degeneração para fibrilação atrial: abordagem resolutive de quatro casos clínicos

Catheter ablation for nodal reentry tachycardia with degeneration for atrial fibrillation: problem solving approach of four clinical cases

Vanessa Sepulveda de Matos¹, Fernando Sérgio Oliva de Souza², Henrique Telles Gontijo³, Ricardo Carneiro Amarante⁴

DOI: 10.24207/1983-5558v30.4-003

RESUMO

A fibrilação atrial é a arritmia mais comumente diagnosticada nos dias atuais. Estima-se que sua prevalência seja de 0,5-1% na população geral. O número de indicações de ablação para tentativa de manutenção do ritmo sinusal tem crescido a cada ano. Não obstante a também crescente experiência dos centros especializados, as complicações inerentes ao procedimento ainda continuam altas, quando comparadas às da ablação convencional. Constatamos a ocorrência de desorganização elétrica atrial consequente a taquicardia por reentrada nodal em quatro pacientes encaminhados inicialmente para ablação de fibrilação atrial.

DESCRITORES: Taquicardia por Reentrada do Nó Atrioventricular; Taquicardia Supraventricular; Fibrilação Atrial.

ABSTRACT

Atrial fibrillation is the most common arrhythmia diagnosed today. It is estimated that its prevalence is around 0.5% to 1% in the general population. The number of indications for ablation procedure, as an attempt to maintain sinus rhythm, grows every year. Nevertheless, the growing experience of specialized centers, the inherent procedure-complications are still high when compared to conventional ablation. We have noticed the occurrence of atrial electrical disorganization resulting from AV nodal reentry tachycardia in four patients initially referred for atrial fibrillation ablation.

KEYWORDS: Tachycardia, Atrioventricular Nodal Reentry; Tachycardia, Supraventricular; Atrial Fibrillation.

INTRODUÇÃO

A fibrilação atrial é a arritmia mais comumente diagnosticada nos dias atuais. Os fenômenos tromboembólicos são as complicações mais temidas, já que esses pacientes têm risco cinco vezes maior de acidente vascular encefálico, na ausência de anticoagulação¹. Seu tratamento atual consiste no controle da frequência cardíaca ou na manutenção do ritmo sinusal e

anticoagulação oral, quando necessário². O número de indicações de ablação para tentativa de manutenção do ritmo sinusal tem crescido a cada ano². Não obstante a também crescente experiência dos centros especializados, as taxas de complicações inerentes ao procedimento ainda continuam altas (em torno de 5%)³, quando comparadas às da ablação da taquicardia por reentrada nodal (0-1%)⁴.

Trabalho realizado no Instituto de Arritmias Cardíacas do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

1. Cardiologista, médica assistente da Equipe Fernando Oliva do Instituto de Arritmias Cardíacas/Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP), São Paulo, SP, Brasil.
2. Eletrofisiologista, diretor do Instituto de Arritmias Cardíacas/Hospital BP, São Paulo, SP, Brasil.
3. Eletrofisiologista e cardiologista do Hospital Ibiapaba/Centro Barbacense de Assistência Médica e Social, Barbacena, MG, Brasil.
4. Eletrofisiologista do Instituto de Arritmias Cardíacas/Hospital BP, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência:
Vanessa Sepulveda de Matos
Rua Maestro Cardim, 592 – salas 905/906 – Bela Vista
São Paulo, SP, Brasil – CEP 01323-001
E-mail: vsdematos@yahoo.com.br

Artigo submetido em 2/2017.
Artigo publicado em 12/2017.

RELATO DOS CASOS

Foram incluídos quatro pacientes, previamente estudados por ecocardiografia transtorácica com o intuito de descartar cardiopatia estrutural, dois homens e duas mulheres, com média de idade de $49,75 \pm 15,25$ anos, sem comorbidades prévias, com quadros clínicos e evoluções semelhantes. Os pacientes apresentavam queixa de palpitações taquicárdicas paroxísticas episódicas descritas como irregulares, precedidas por palpitações regulares, associadas à sensação de “coração batendo no pescoço”. Não raramente, as queixas de palpitações eram superiores a uma hora. Todos os pacientes possuíam eletrocardiograma com documentação de fibrilação atrial, sendo encaminhados a nosso serviço para realização de ablação por cateter para tratamento de fibrilação atrial.

Os pacientes foram submetidos a estudo eletrofisiológico invasivo com a utilização do polígrafo EP-TRACERT (Cardiotek, Holanda), por meio da passagem de quatro cateteres, um decapolar e três quadripolares, por punção, posteriormente posicionados nos sítios convencionais para diagnóstico de taquicardia supraventricular (seio coronário, ventrículo direito, átrio direito e His). Quando necessário, foram realizados protocolos de estimulação atrial e ventricular programados e sensibilização com isoprenalina.

No início dos exames, todos os pacientes se encontravam em ritmo sinusal. Após estimulação ventricular programada e exclusão de via acessória, realizou-se estimulação atrial com até três extraestímulos, evidenciando a presença de dupla via de condução nodal. Posteriormente, realizou-se protocolo para indução de taquicardia paroxística supraventricular. Em todos os casos, a indução de taquicardia por reentrada nodal só foi possível após a sensibilização com isoprenalina.

Com a manutenção do ritmo de taquicardia por reentrada nodal, após alguns minutos em todos os pacientes foi obser-

vada degeneração para ritmo de fibrilação atrial. Após cardioversão elétrica transtorácica e posterior passagem de cateter de ablação de ponta de 4 mm até a região do triângulo de Koch, por meio de punção em femoral direita, realizou-se ablação por radiofrequência com aplicação em zona inferior do triângulo de Koch por 60 segundos. Em todos os casos obteve-se ritmo juncional durante a aplicação e não reindução de taquicardia por reentrada nodal ou fibrilação atrial, mesmo após sensibilização com isoprenalina.

Em acompanhamento clínico, um ano após os procedimentos, não houve qualquer documentação de arritmias e os pacientes mantiveram-se sem queixas.

DISCUSSÃO

A fibrilação atrial é uma das arritmias mais comumente diagnosticadas nos dias atuais e passível de complicações graves, principalmente as relacionadas aos fenômenos tromboembólicos. A ablação por cateter é uma opção terapêutica, ainda com alto percentual de complicações ou mesmo de recorrência comparativamente às complicações da ablação convencional, estando diretamente relacionadas à técnica utilizada e à curva de aprendizado do centro de eletrofisiologia que irá realizar o procedimento.

Nesta série de casos, descrevemos quatro pacientes encaminhados por documentação de episódios de fibrilação atrial para tratamento ablativo. Os pacientes descreviam os episódios como palpitação irregular, precedidos por palpitação regular e sensação de “coração batendo no pescoço”.

Dada a caracterização dos sintomas, optou-se por realizar estudo eletrofisiológico invasivo, com protocolo para indução de taquicardia supraventricular. Houve evidência de condução por via lenta nodal, inclusive com indução de taquicardia por reentrada nodal em todos os pacientes (Figura 1), e com a manutenção da taquicardia observou-se desorganização do ritmo para fibrilação atrial (Figura 2).

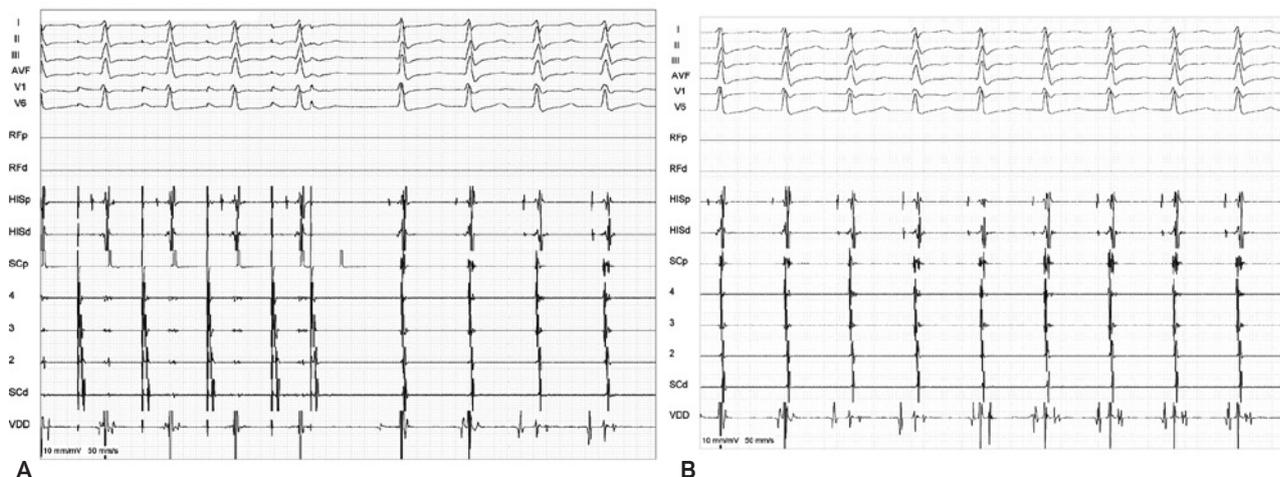


Figura 1: Em A, indução de taquicardia por reentrada nodal. Em B, taquicardia por reentrada nodal.



Figura 2: Degeneração da taquicardia por reentrada nodal em fibrilação atrial.

Após cardioversão elétrica transtorácica, optou-se pela ablação por cateter de região de via lenta nodal, sem reindução posterior de taquicardia por reentrada nodal ou fibrilação atrial, mesmo após sensibilização com isoprenalina.

CONCLUSÃO

Ressaltamos a importância da determinação da gênese da arritmia, uma vez que, nos casos descritos, o fator desencadeador da fibrilação atrial era a taquicardia por reentrada nodal, elucidando a importância da anamnese para o estudo das arritmias.

REFERÊNCIAS

1. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S. Guidelines for the management of atrial fibrillation: The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2010;31(19):2369-429.
2. Magalhães LP, Figueiredo MJO, Cintra FD, Saad EB, Kuniyoshi RR, Teixeira RA, et al. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. *Arq Bras Cardiol*. 2016;106(4):1-35.
3. Kannel WB, Wolf PA, Benjamin EJ, Levy D. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: population based estimates. *Am J Cardiol*. 1998;82(8A):2N-9N.
4. Haissaguerre M, Gaita F, Fischer B, Commenges D, Montserrat P, d'Ivernois C, et al. Elimination of atrioventricular nodal reentrant tachycardia using discrete slow potentials to guide application of radiofrequency energy. *Circulation*. 1992;85:2162-75.