

Paciente coronariopata com cardiodesfibrilador e tempestade elétrica submetido à ablação de taquicardia ventricular

Coronary heart disease patient with implantable cardioverter desfibrilator and electrical storm submitted to ventricular tachycardia ablation

Nilton José Carneiro da Silva¹, Bruno Pereira Valdigem¹, Christian Luize², Fernando Lopes Nogueira², Claudio Cirenza³, Guilherme Fenelon³, Marcia Regina Pinho Makdisse¹, Fátima Dumas Cintra³, Angelo Amato Vincenzo De Paola³

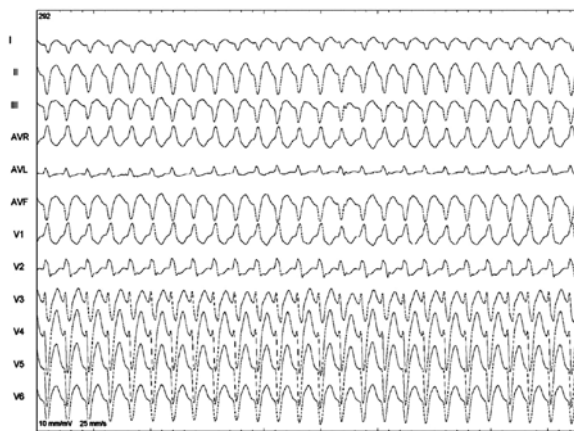


Figura 1. Eletrocardiograma apresentando taquicardia clínica em Unidade Primeiro Atendimento

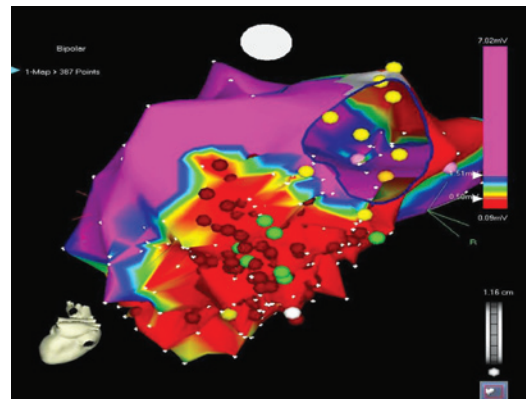


Figura 3. Mapa electroanômico em projeção posterior, anel mitral identificado em posição 13 horas, área em vermelho corresponde à baixa voltagem – “cicatriz” e círculos vermelhos são os locais em que foi aplicada a radiofrequência

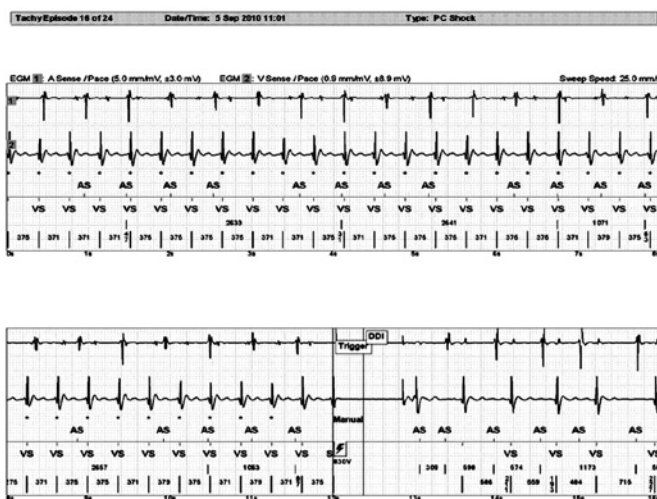


Figura 2. Registro CDI de taquicardia ventricular e cardioversão

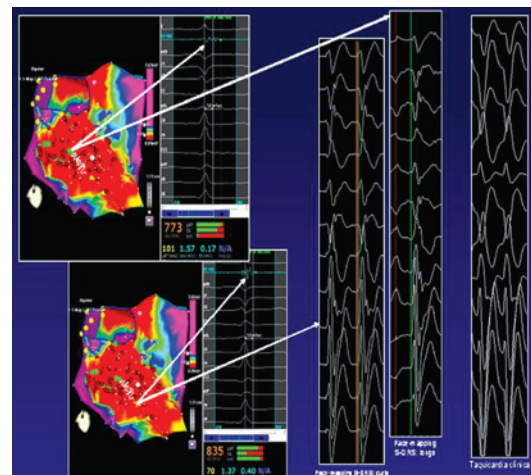


Figura 4. Correlação dos pontos com eletrogramas intracavitários e eletrocardiograma de superfície, guiando a ablação da taquicardia ventricular

¹ Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), Brasil.

² Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo (SP), Brasil.

³ Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo (SP), Brasil; Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Nilton José Carneiro da Silva – Avenida Albert Einstein, 627 4ª andar, consultório 413 Bloco A – Morumbi – CEP 05651-901 – São Paulo (SP), Brasil – Tel.: (11) 2151-5143 – E-mail: niltonjose@einstein.br

Data de submissão: 28/2/2011 – Data de aceite: 12/2/2012

Paciente de 69 anos, diabético e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) O2 dependente com antecedente de revascularização do miocárdio em 1998 e episódio de taquicardia ventricular, sendo submetido a implante de cardiodesfibrilador implantável em 2003. Atendido na Unidade de Primeiro Atendimento em fevereiro de 2010 com palpitações e 4 choques nas últimas 2 horas. O eletrocardiograma demonstrava taquicardia de QRS largo com morfologia de bloqueio de ramo direito (BRD) e eixo superior (Figura 1). Houve reversão da arritmia após sedação e cardioversão elétrica (CVE). A avaliação do cardiodesfibrilador (CDI) demonstrava terapia apropriada (choque para taquicardia ventricular), confirmando a principal hipótese (Figura 2). A taquicardia recorreu apesar de tratamento farmacológico otimizado, incluindo amiodarona por via endovenosa. A utilização do dispositivo ATP (estímulos rápidos) pelo CDI não cessava a taquicardia; pelo contrário: ainda a acelerava. O paciente foi, então, submetido à ablação por cateter da taquicardia ventricular. Uma vez que havia mais que uma taquicardia indutível, e o paciente não tolerava a arritmia por tempo prolongado, optamos pela ablação combinada do substrato arritmico, guiando-se pelo mapa eletroanatômico (CARTO) (Figura 3) como auxiliar aos

dados eletrofisiológicos (Figura 4). O procedimento transcorreu com sucesso e o acompanhamento clínico até o momento não demonstra novos episódios de taquicardia ventricular.

O auxílio do mapa eletroanatômico aos procedimentos eletrofisiológicos tem permitido a abordagem de arritmias complexas em pacientes de alto risco pré-procedimento⁽¹⁾. A fibrilação atrial e a taquicardia ventricular relacionada à cardiopatia estrutural têm sido realizadas com essa tecnologia na maioria dos centros especializados, demonstrando resultados superiores à técnica convencional⁽²⁻³⁾.

REFERÊNCIAS

1. Aliot EM, Stevenson WG, Almendral-Garrote JM. EHRA/HRS Expert Consensus on Catheter Ablation of Ventricular Arrhythmias: developed in a partnership with the European Heart Rhythm Association (EHRA), a Registered Branch of the European Society of Cardiology (ESC), and the Heart Rhythm Society (HRS); in collaboration with the American College of Cardiology (ACC) and the American Heart Association (AHA). *Heart Rhythm*. 2009;6(6):886-933.
2. Hsia HH, Lin D, Sauer WH, Callans DJ, Marchlinski FE. Anatomic characterization of endocardial substrate for hemodynamically stable reentrant ventricular tachycardia: identification of endocardial conducting channels. *Heart Rhythm*. 2006;3(5):503-12.
3. Soejima K, Suzuki M, Maisel WH, Brunckhorst CB, Delacretaz E, Blier L, et al. Catheter ablation in patients with multiple and unstable ventricular tachycardias after myocardial infarction: short ablation lines guided by reentry circuit isthmuses and sinus rhythm mapping. *Circulation*. 2001;104(6):664-9.