
RELATO DE CASO

Fibrilação Atrial Paroxística Recorrente: Relato de Caso

Diélly Cunha de Carvalho¹, Daniele Gehlen Klaus¹, Marília Granzotto Volpato¹, Charles Martins Castro²

Resumo

Objetivo: Descrever os principais tratamentos da fibrilação atrial, aliado a relato de caso.

Metodologia: Relato de caso associado à revisão bibliográfica.

Resultados: De maneira geral, a maioria dos medicamentos falha na prevenção da recorrência em pacientes com fibrilação atrial (FA) crônica com duração superior a um ano, mas certamente a taxa de recorrência é maior quando nenhum antiarrítmico é administrado pós-reversão a ritmo sinusal³. As medidas não farmacológicas podem ser divididas em curativas e paliativas, com base na capacidade de restaurar e manter de forma definitiva o ritmo sinusal¹. A evolução da cirurgia da FA envolveu o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas menos invasivas, através da substituição das linhas de secção e sutura atriais pela aplicação de fontes de energia no miocárdio atrial com o intuito de criar lesões transmuralis que bloqueiem os circuitos de reentrada. As principais fontes de energia empregadas atualmente são: a criotermia, a radiofrequência, as microondas, o ultra-som e os raios laser⁵.

Conclusão: A estratégia atual para ablação da FA é o isolamento elétrico das veias pulmonares em relação ao átrio esquerdo. Nesse sentido, a técnica proposta por Pappone e cols. (ablação circunferencial), realiza-se por múltiplas aplicações de radiofrequência ao redor das quatro veias pulmonares³. Ademais, recentemente, foi demonstrado que esta técnica proporciona redução da mortalidade, morbidade e melhora da qualidade de vida, em relação aos pacientes em uso de antiarrítmicos³.

Descritores: 1. *Fibrilação atrial;*
2. *Ablação por cateter;*
3. *Drogas antiarrítmicas;*

Abstract

Objective: Describe the main treatment for atrial fibrillation, joined with case report.

Methods: Case report associated with review of scientific articles.

Results: In a generalized manner, the biggest part of medicines fail in the prevention of the recurrence in patients with chronic atrial fibrillation (AF) with duration bigger than one year, but certainly, the recurrence tax is bigger when no antiarrhythmic is managed after reversion to sinusal rhythm³. The non pharmacologic measures can be divided in palliative and curative, based on the capacity to restore and to keep definitively the sinusal rhythm¹. The evolution of the surgery of the AF involved the development of less invasive surgical techniques, through the substitution of the section lines and atrial suture for the application of sources of energy in the atrial myocardium with intention to create transmural injuries that block the re-entry circuits. The main employed energy sources currently are: the cryotherapy, the radio-frequency, the microwaves, the ultrasound and the ray laser⁵.

Conclusions: The current strategy for ablation of the AF is the electric isolation of the pulmonary veins in relation to the left forecourt. In this direction, the technique proposal for for Pappone and cols. (circumferential ablation), is become fulfilled around for multiple applications of radio frequency of the four pulmonary veins³. Recently, it was demonstrated that this technique provides reduction of mortality, morbidly and improves the quality of life, in relation to the patients in use of anti-

¹Acadêmicas do Curso de Medicina da UNISUL

²Médico/Cardiologista e Professor das Disciplinas de Suporte Avançado de Vida I/II e do Internato Médico do Curso de Medicina da UNISUL

arrhythmia agents³.

Key Words: 1. *Atrial fibrillation;*
2. *Catheter ablation;*
3. *Anti-arrhythmia agents.*

Relato de Caso

LFK, m, 44a, sem nenhum tipo de co-morbidades prévias e sem uso de quaisquer medicações. Assintomático até 2003, quando após atividade física exaustiva, referiu extrema fadiga, dispnéia, tontura, sudorese excessiva e taquicardia (com frequência diária e duração contínua). Em 2004 teve os mesmo sintomas, mas sem fatores desencadeantes, quando foi diagnosticada fibrilação atrial. Iniciados ácido acetilsalicílico, amiodarona, metoprolol e cumarina, sendo que não apresentou melhora do quadro e foi encaminhado para estudo eletrofisiológico e ablação. Segundo relato foi realizado apenas ablação do istmo cavo-tricuspídeo. Logo após o procedimento, os episódios de fibrilação atrial se mantiveram. Após dois meses acrescentou-se diltiazem e ramipril. No mesmo período realizou ecocardiograma que demonstrava aumento nas dimensões das cavidades cardíacas esquerdas e alteração na função sistólica do ventrículo esquerdo. Permaneceu sintomático, realizando a segunda ablação na qual também não obteve sucesso terapêutico. Em 2005, foi acrescentado ao tratamento, propafenona para as crises mais fortes do quadro, e optou-se pelo terceiro procedimento intervencionista da fibrilação. Segundo relatório, procedimento já iniciado com o paciente em FA, tendo sido realizado aplicações de radiofrequência nas veias pulmonares (sempre 50°C e 30W) e monitorado o seu isolamento pela precocidade do sinal obtida pelo cateter Lasso. Realizado cardioversão elétrica (CVE) com 200J, com sucesso, sem apresentar ectopias atriais, apesar de infusão de isoproterenol. Os sintomas permaneceram os mesmos, sem apresentar melhora mesmo mantendo a medicação. Em meados de 2005 foi realizado novo ecocardiograma que evidenciou, redução nas dimensões das cavidades cardíacas esquerdas e normalização na função sistólica do ventrículo esquerdo em relação ao exame de novembro de 2004. Neste período, descontinuou com amiodarona. No entanto, o loopel revelou fibrilação atrial paroxística e arritmia atrial isolada freqüente.

Permaneceu estável clinicamente e assintomático após a retirada da amiodarona até março de 2006, quando apresentou recidiva dos sintomas, sendo diagnosticado hipertireoidismo secundário ao uso de amiodarona, iniciando com tiamazol. Os episódios de fibrilação atrial tornaram-se mais esporádicos. Nesse período estava em uso de sotalol, losartano, atorvastatina, varfarina sódica e metoprolol. A amiodarona depois de descontinuada, não foi reintroduzida em nenhum momento.

Em agosto de 2006, por persistência dos sintomas, foi submetido à quarta ablação no Rio de Janeiro-RJ. Procedimento de ablação iniciado com paciente em ritmo sinusal. Posicionado termômetro intraluminal esofágico, sonda de ultrassom intra-cardíaco no átrio direito e iniciado monitorização cerebral contínua com Doppler transcraniano das artérias cerebrais médias. Realizado punção transseptal e posicionamento de cateteres e, após a anticoagulação (TCA > 350s), iniciado mapeamento elétrico das veias pulmonares com o cateter Lasso que evidenciou que todas as veias pulmonares estavam conectadas ao átrio esquerdo. Iniciado aplicações de radiofrequência para isolamento do antro das veias pulmonares guiados pela formação de microbolhas ao eco intra-cardíaco. Houve também elevação da temperatura esofágica até 38,5°C durante o isolamento da veia pulmonar inferior direita, o que levou a interrupção das aplicações com redução da potência aplicada. A monitorização cerebral revelou 309 episódios de HITS (High Intensity Transient Signals).

O cateter Lasso foi então reposicionado na junção na junção da veia cava superior e átrio direito, no entanto o isolamento foi parcial, pois na região lateral produzia estimulação frênica. Checou-se a linha de isolamento no istmo cavo-tricuspídeo, que revelou bloqueio bidirecional. Após trinta minutos de observação, foi repetido o protocolo de estimulação atrial sob a infusão de isoproterenol (20 mcg/min) e encerrado o procedimento.

Evoluindo assintomático desde o procedimento. Ecocardiograma e Holter normais. Em outubro de 2006 foram suspensos o sotalol, losartano e atorvastatina; e manteve apenas varfarina sódica, telmisartam, hidroclorotiazida e metoprolol até início de 2007. As dosagens dos hormônios tireoideanos também se normalizaram. Atualmente está apenas em uso de telmisartan, hidroclorotiazida e metoprolol.

Introdução

+A Fibrilação Atrial (FA) é a mais freqüente arritmia

crônica. As manifestações clínicas são muito variáveis. Embora a maioria dos pacientes com FA seja identificada por causa dos sintomas, essa também pode ser assintomática². A maneira mais objetiva de se fazer o diagnóstico de FA é por meio de registro eletrocardiográfico². A FA pode ser responsável pelo surgimento de sintomas recorrentes, tais como palpitações e desencadeamento de insuficiência cardíaca secundária à frequência cardíaca rápida e irregular¹. Está comumente associada à cardiopatia oro-valvar (principalmente mitral), isquêmica ou hipertensiva, sobretudo na presença de hipertrofia ventricular esquerda. Pode ocorrer embolismo, com conseqüências devastadoras⁴. O risco de complicações embólicas pode ser reduzido com a anticoagulação. Os objetivos do trabalho visam descrever os principais tratamentos da fibrilação atrial, aliado a relato de caso.

Comentários Relevantes e Revisão da Literatura

O tratamento não invasivo da FA visa basicamente três objetivos: restauração e manutenção do ritmo sinusal, controle da resposta ventricular e prevenção do tromboembolismo¹.

De maneira geral, a maioria dos medicamentos falha na prevenção da recorrência em pacientes com FA crônica com duração superior a um ano, mas certamente, a taxa de recorrência é maior quando nenhum antiarrítmico é administrado pós-reversão a ritmo sinusal³. As medidas não farmacológicas podem ser divididas em curativas e paliativas, com base na capacidade de restaurar e manter de forma definitiva o ritmo sinusal¹. A evolução da cirurgia da FA envolveu o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas menos invasivas, através da substituição das linhas de secção e sutura atriais pela aplicação de fontes de energia no miocárdio atrial com o intuito de criar lesões transmuralis que bloqueiem os circuitos de reentrada. As principais fontes de energia empregadas atualmente são: a crioterapia, a radiofrequência, as microondas, o ultra-som e os raios laser⁵.

Percebe-se, dessa forma, que a terapêutica intervencionista apenas é indicada em FA refratárias à medicação, o que foi relatado neste caso.

No caso descrito acima, o paciente exibiu um quadro clássico de FA: palpitações, dispnéia, fadiga e tontura. A quarta tentativa de procedimento hemodinâmico ablativo realizado pela técnica de isolamento elétrico do antrum

das veias pulmonares e da veia cava superior guiado pelo ecocardiograma intracardíaco mostrou sucesso terapêutico. A técnica referida promove uma lesão atrial transmural, que pelo processo cicatricial causado pelas ondas de radiofrequência bloqueia os circuitos de reentrada, provenientes dos diversos focos ectópicos geradores dessa taquiarritmia.

A cura para FA é obtida em cerca de 75% dos pacientes que se submetem à ablação por cateter⁶, mas no caso descrito acima, foram necessárias quatro tentativas até a obtenção da cura.

Stabile et al mostram através de um estudo randomizado, prospectivo e multicêntrico que o uso de ablação associada a medicações antiarrítmicas, engloba maiores taxas de sucesso no tratamento da FA paroxística ou persistente do que o uso isolado de medicamentos.

A estratégia atual para ablação da FA é o isolamento elétrico das veias pulmonares em relação ao átrio esquerdo. Nesse sentido, duas técnicas estão em uso clínico: 1) técnica proposta por Haissaguerre e cols. (ablação segmentar); 2) técnica proposta por Pappone e cols. (ablação circunferencial), cujo procedimento é realizado com múltiplas aplicações de radiofrequência ao redor das quatro veias pulmonares³. Ademais, recentemente, foi demonstrado que esta técnica proporciona redução da mortalidade, morbidade e melhora da qualidade de vida, em relação aos pacientes em uso de antiarrítmicos³.

Referências bibliográficas:

1. SOUSA, Amanda G.M.R; PIEGAS, Leopoldo S; SOUSA, J. Eduardo M.R. Fibrilação atrial: aspectos clínicos e terapêuticos. v. 4. Rio de Janeiro: RJ, 2000.
2. GRUPI, César J; LIMA, Mônica. Fibrilação atrial assintomática: prevalência, diagnóstico, prognóstico e implicações terapêuticas. Rev. da Sociedade de Cardiologia do estado de São Paulo, São Paulo, v. 14, n.5, p. 701-705, set/out 2004.
3. FILHO, Martino M. et al. Diretriz da Fibrilação Atrial. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.81, São Paulo, 2003.
4. GOLDMAN, L., AUSIELLO, D. Tratado de Medicina Interna. 22 ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
5. FILHO, Carlos A.C.A; LISBOA, Luiz A.F; DALLAN, Luís A.O; OLIVEIRA, Sérgio A. Tratamento cirúrgico da fibrilação atrial. Braz J

- Cardiovasc Surg, 2005.
6. FISCHER, JD, SPINELLI MA, MOOKHERJEE D, KRUMEMAN AK, PALMA EC. Atrial Fibrillation ablation: reaching the mainstream. *Pacing Clin Electrophysiol*, 2006.
 7. LAFUENTE-LAFUENTE C, MOULY S, LONGAS-TEJERO MA, MAHE I, BERGMANN JF. Antiarrhythmic drugs for maintaining sinus rhythm after cardioversion of atrial fibrillation: a systematic review of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*, 2006.
 8. AGUILAR MI, HART R. Oral anticoagulants for preventing stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation and no previous history of stroke or transient ischemic attacks. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005.
 9. STABILE, G., et al. Catheter ablation treatment in patients with drug-refractory atrial fibrillation: a prospective, multi-centre, randomized, controlled study (Catheter Ablation For The Cure Of Atrial Fibrillation Study). *Eur Heart J*. 27 (2), jan. 2006.
 10. VASCONCELOS, José T.M; FILHO, Silas S.G; BARCELLOS, Cecília M.B. Tratamento cirúrgico da fibrilação atrial. *Rev. da Sociedade de Cardiologia do estado de São Paulo*, São Paulo, v. 14, n.5, p. 821-829, set/out 2004.

Endereço para Correspondência:

Daniele Gehlen Klaus
Rua Piedade, 256/403 - Centro
Tubarão-SC.