



**XXX CONGRESSO BRASILEIRO de
ARRITMIAS CARDÍACAS**

6 a 9 de novembro de 2013

**Centro de Convenções
Natal - RN**

**Relampa
RESUMOS DOS PÔSTERES**

Índice por Autor - N° do Trabalho

A

Abdalla Hamid	88
Adão Bento Lucena Neto	111
Alberto de Paula Nogueira Jr.....	45, 60
Alejandro Maria Villamil	158
Alejandro Trainini	36
Alexandre Abizaid.....	181, 184, 191
Alexandre Xavier.....	103
Alexsandra Cosma Luiz Pequeno	147
Aline de Almeida Arruda.....	147
Aline Moraes.....	184, 191
Alinne Katienny Macambira.....	92,121, 130, 199
Allisson Valadão de Oliveira Britto.....	45, 60, 110, 172, 193
Amanda Guerra de Moraes Rego Sousa ..	43, 186
Amanda Leão Salerno	87
Amanda Pavão Castro	93
Ana Bárbara Rezende	103
Ana Ines da Costa Bronchtein.....	177
Ana Paula Beppler Lázaro Lino	76
Anderson Menezes Cavalcanti.....	147
Andrey Jorge Serra.....	95
Andre Zanatta.....	163
Angelo Amato Vincenzo de Paola	29, 81, 82
Anibal Pires Borges	75, 85
Antônio da Silva Menezes Júnior.....	41
Aparecida Mieko Okada.....	95
Ariel Omar Estevez	158
Avi Fischer.....	36
Ayrton Klier Peres.....	130

B

Basem Hamid.....	88
Benhur Davi Henz.....	163, 175, 180
Benjamin Elenchwajg	36
Bruno Papelbaum.....	61, 84, 127, 136, 143, 153, 160, 167
Bruno Pereira Valdigem.....	151, 196, 200
Bruno Toscani.....	133, 197
Bárbara Alves Araújo.....	41

C

Camila Lara Barcelos	121, 175, 199
Camila Pinto Cavalcante	140
Camilla Alves Araújo.....	41
Carina Hardy	193
Carla Septmio Margalho.....	92, 121, 130
Carlos Antonio Abunader Kalil	75, 85
Carlos Eduardo Duarte.....	61, 84, 127, 136, 143, 153, 160, 167
Carlos Perona.....	158
Carolina Pelzer Sussenbach.....	75, 85
Cecília Monteiro Boya Barcellos	136
Celso Amodeo.....	184, 191

Cesar Caceres Monie.....	158
Cezar Henrique Migueis Martins	87
Christian Higuti	121
Christiano Lemos Cunha.....	45, 60, 110, 172
Cintia Oliveira Ribeiro	45, 60
Claudia Karina Guarino Lins.....	61, 84, 127, 136, 143, 153, 160, 167
Claudio Cirenza	29, 62, 63, 81, 82, 202
Cristiano Faria Pisani.....	169, 193
Cristiano Oliveira Dietrich	88, 181, 202
Cristina Chaves Guerra	121, 130
Célia C Strunz	169

D

Dalmo Ribeiro Moreira....	128, 133, 181, 184, 185, 191, 196, 197, 200
Dalton Hespanhol do Amaral	61, 127, 136, 143
Danilo Cerqueira Borges	103
Deborah Miranda de Vasconcelos ...	84, 127, 136, 143, 167
Denise Hachul	138, 169, 193
Diandro Marinho Mota.....	90
Diego Albernaz Pimenta.....	196

E

Edileide Barros Correia.....	128
Edimar de Lima	75, 85
Edna Marques	130
Eduardo Argentino Sosa	138, 193
Eduardo Back Sternick	54
Eduardo Bartholomay	75, 85
Eduardo Giestas Serpa	45, 60, 110, 172
Eduardo Oliva Aniceto.....	200
Eduardo Vitor Barbaroto Ribeiro	196
Elizandra Tiso Vinhas Goulart.....	153
Enia Lúcia Coutinho	81, 82
Evandro Sbaraini	185

F

Fabio Feuerharmel Giuseppin	163
Fabiola Giannattasio Martin	95
Fabrizio Sarmento Vassallo.....	45, 60, 110, 172
Fatima Dumas Cintra.....	151
Felipe Augusto de Oliveira Souza	29, 82
Felipe Gomes de Oliveira	196
Fernanda Cappi Santos	167
Fernanda Mota.....	151
Fernando Mello Porto.....	111
Fernando Piza de Souza Cannavan	76
Flavio Andre Silva.....	95
Flavio Brito	151
Flávia Santos Guimarães Machado	162
Francisco Cássio Mendes.....	192

Francisco Darrieux 138, 169, 193
 Francisco Faustino França 90
 Frankel Márcio Alves Brandão 162
 Frederico Homem da Silva 29, 81, 82
 Frederico S. Correia 54
 Frederico Scuotto 29
 Fábio Kirzner Dorfman 185

G

Gian Mauro Mazoni 71
 Glicia Santos Portela 90
 Guilherme Arruda 200
 Guilherme Fenelon 82, 95, 151
 Guilherme Ferreira Gazzoni 75, 85
 Gustavo Dias Prutchansky 147
 Gustavo Galli Reis 90, 186
 Gustavo Lara Moscardi 163, 175, 180

H

Halim Cury Filho 111
 Hebert Donizeti Salerno 87, 03
 Hein JJ. Wellens 54
 Heloisa Maria Khader 200
 Henrique Chiguelo Iwace 29, 81, 82, 90
 Henrique César Maia 92, 121, 130, 199
 Henrique H. Veloso 139
 Hermes Carloni 45, 60, 110, 172
 Hindalis Ballesteros Epifanio 151
 Humberto G. de Freitas 202

I

Ieda Prata Costa 140
 Isabel Cristina Leite Maia 140
 Izaias Marques de Sá 196

J

Jairo Macedo Rocha 130
 Javier Mariani 158
 Jeanderson Rodrigo de Oliveira 160
 Jeanne Araujo Bandeira Gomes 140
 Jefferson Curimbaba 62, 63, 202
 Jefferson Jaber 63
 Joao Paulo Velasco Pucci 160
 Joao Paulo Velasco Pucci 61
 Jonatas Melo Neto 200
 Jonathan Scapin Zagatti 43, 186
 Jorge Trainini 36
 Jose Luis Barisani 36
 Jose Marco Nogueira Lima 111
 Jose Pedro da Silva 61
 Jose Tarcisio Medeiros de Vasconcelos 61, 84,
 127, 136, 143
 José Barros de Almeida Filho 147
 José Carlos Pachón Mateos 43, 186
 José Eduardo Sousa 184, 191

José Marcos Moreira 62, 63, 202
 José Roberto Barreto 163
 José Silveira Lage 87, 103
 José Sobral Neto 92, 121, 130
 José Tarcisio Medeiros de Vasconcelos 153, 160,
 167
 João Paulo Velasco Pucci 84, 127, 136,
 143, 153, 167
 Juan Carlos Pachón Mateos 43, 186
 Juliana de Miranda Santiago 43
 Juliana Filgueiras Medeiros 81
 Juliana Grael Jorge 177
 Julio Cesar de Oliveira 87, 103
 Julio Cesar Vieira de Sousa 159

K

Karina de Andrade 75
 Klebia Castelo Branco 140

L

Lara Cristina Felix Bernardes 29, 81
 Leandro Cordeiro Portela 29, 81, 82
 Leandro Rubio Faria 196
 Lenises de Paula Van Der Steld 73
 Leoncio Bem Sidrim 147
 Liana Valadão Dias 54
 Lielia Malaquias da Cunha Araujo 92, 130
 Lincoln José Silva Junior 200
 Lines Ferreira Perígolo 162
 Lorena Delgado 36
 Luciana Dias Pereira 186
 Luciana Reis Del Sarto 175, 180
 Luciana Sacilotto 138, 169
 Luciana Vidal Armaganijan 181, 184, 191, 196
 Ludmilla Angelo Silva 93
 Luisa Carolina Borges Keiralla 111
 Luis Cardinali 36
 Luiz Márcio Gerken 54
 Luiz Roberto Leite 163, 175, 180
 Luís Felipe Neves dos Santos 95
 Luís Gustavo Scopin 186

M

Marcelo Katz 184
 Marcia Makdisse 151
 Marcos Cesar V. de Almeida 160
 Marcus Vinicius Nascimento Santos 163
 Maria dos Santos Barcelos 199
 Maria Fernanda Freitas de Figueiredo 162
 Mariana Coelho Marques 45, 60
 Marianna Amorim Cruz 92
 Mario de Seixas Rocha 73
 Martha Trindade Manchini 95
 Martino Martinelli Filho 193
 Mauricio Scanavacca 138, 169, 193
 Maykyol Avaroma Melgar 84, 153

M Elicênia Mendes	192
Michele Souza Dantas da Silva	133
Michele Tamara de Oliveira Taveira	43
Muhieddine Omar Chokr	193
Márcio Jansen de Oliveira Figueiredo	76
Márcio Sousa	191
Mônica Iglesias Ferreira	103

N

Nestor Hugo Lopez-Cabanillas	36
Nilton Cavalcanti Macedo Neto	133

O

Ofir Gomes Vieira... 61,84, 127, 143, 153, 160, 167	
Olga Ferreira de Souza.....	177
Orly de Oliveira Lacerda Jr.	45, 60, 110, 172

P

Pablo da Costa Soliz	75
Paola Emanuela Smanio	90
Patrícia Caldas Oliveira	138
Patrícia Germano.....	138
Paula Macedo	163, 175, 180
Paula Vargas Saboya.....	200
Paulo Alexandre da Costa.....	185
Paulo Jose Ferreira Tucci	95
Paulo Tarso Medeiros.....	128
Pedro Emanuel Barros Tavares	140
Pedro Rocha Paniagua.....	163
Pedro Victor Alcântara da Costa.....	159
Priscila Reis.....	54

R

Rafael Cardoso Jung Batista..... 61, 84, 127,	
..... 136, 143, 153, 160, 167	
Rafael de Biase ABT.....	185
Rafael Diamante	139
Rafael Guedes de Araujo Lopes.....	180
Rafaella Santos Mafaldo	159
Rafael Manhabosco Moraes	75, 85
Raphael Aparecido Barreto da Silva	133
Remy Nelson Albornoz.....	43, 186
Renata Etchepare.....	75, 85
Renato David Silva	121, 175, 180, 199
Renato de Aguiar Hortegal.....	90
Renato Haviaras Cancellier	133
Ricardo Amarante.....	90
Ricardo Coimbra Garcia.....	162
Ricardo Ferreira Coelho Miranda	175, 180
Ricardo Garbe Habib.....	128, 196, 200
Ricardo Romie Jardim.....	162
Riccardo Proietti.....	71
Rita Simone Lopes Moreira.....	81, 82

Roberto Magno Vieira de Oliveira.....	162
Rodolfo Staico.....	181, 184, 191
Rodrigo B. Visconti.....	139
Rodrigo Caligaris Cagi	29,81, 82
Rodrigo Valente Ramos Rocha	186
Rogério Braga Andalaft	196, 200
Ronaldo Peixoto de Mello	87, 103
Rosiane Viana Zuza Diniz	159
Ruiter Carlos Arantes Filho.....	121, 175, 180, 199

S

Sandro Pinelli	90
Seth Worley	36
Sheila Pedroso Parreira.....	162
Silas dos Santos Galvão Filho..... 61, 84, 127	
..... 136, 143, 153, 160, 167	
Simone Nascimento Santos.....	163
Sissy Melo	169, 193
Stefania Rodrigues Pereira.....	186
Stella Vieira.....	95
Stephanie Rizk Sassine.....	45, 60
Sâmela de Moraes Segóvia.....	162

T

Talita Ayres Barbosa.....	169
Tamer Najjar Seixas.....	121, 199
Tan Chen Wu	138, 169
Tatiana Fernandes	90
Tatiana Nóbrega Elias.....	192
Thais Aguiar do Nascimento	71
Thiago Librelon.....	197
Tiago Senra Santos	128

V

Vagner Pegoraro.....	71
Valdester Cavalcante Pinto Junior	140
Vanessa de Jesus Ledo.....	175, 180
Vanessa M Silva	169
Victor Augusto Poncio.....	76
Vidal Essebag.....	71
Vitor Sana de Camargos Mariano	162
Vitor Tavares Paula	159

W

Waldemiro Carvalho Junior	140
Walter Duarte Batista Júnior.....	43

Y

Yash Lockhandwala	54
Yenifer Torres.....	158
Yuri Caldas Pessoa	130

PO 29

Flutter atrial com instabilidade hemodinâmica induzido no teste de inclinação

Leandro Cordeiro PORTELA, Frederico SCUOTTO, Felipe Augusto De Oliveira SOUZA, Frederico Homem da SILVA, Henrique Chiguelo IWACE, Rodrigo Caligaris CAGI, Lara Cristina Felix BERNARDES, Angelo Amato Vicenzo DE PAOLA, Claudio CIRENZA

Escola Paulista de Medicina - Unifesp, São Paulo, SP, Brasil

Resumo: Flutter atrial típico é um tipo de taquicardia atrial macroreentrante que usa o Istmo Cavo-tricúspideo como parte essencial do circuito. O Istmo Cavo-tricúspideo é uma zona de condução lenta e quando esta possuir um *gap* excitável longo que permita que um extra estímulo atrial despolarize-a estará iniciada assim a taquicardia macro-reentrante. O teste de Inclinação (TI) é um exame utilizado para diagnóstico e classificação da síncope neurocardiogênica. A primeira resposta autonômica ao teste é a descarga adrenérgica com elevação da frequência cardíaca e aparecimento eventual de extra-sístoles. Apresentamos um caso de flutter atrial típico induzido no Teste de Inclinação. Paciente, feminina, 69 anos, hipertensa, apresentando quadro de síncope de origem inexplicada. O protocolo do TI escolhido consistiu de uma fase não potencializada de 5 minutos seguida por inclinação de 70 graus e administração de dinitrato ao 20º minuto com duração total de 40 minutos. Realizado exame que evidenciou ao 6º minuto indução de Flutter atrial sustentado com instabilidade hemodinâmica que reverteu ao ritmo sinusal imediatamente ao retornar a posição de 180°. A paciente foi devidamente anticoagulada e o controle do ritmo realizado com amiodarona. Posteriormente foi submetida a ablação do Istmo Cavo-tricúspideo com sucesso e encontra-se em seguimento assintomática. Casos de Flutter atrial induzidos no teste de inclinação são escassos. Existem relatos de Fibrilação atrial após estresse ortostático. A indução de flutter atrial durante o TI com reprodução dos sintomas mostrou ser, nesse caso, um forte indicio que essa arritmia seria a causa da síncope nessa paciente. O risco dos pacientes propensos desenvolverem flutter atrial no teste de inclinação ainda é incerto.

PO 36

Procedimento Jurdham para TRC no endocárdio do ventrículo esquerdo: ausência de complicações no acompanhamento a médio prazo

Nestor Hugo LOPEZ-CABANILLAS, Lorena DELGADO, Alejandro TRAININI, Luis CARDINALI, Jose Luis BARISANI, Avi FISCHER, Jorge TRAININI, Seth WORLEY, Benjamin ELENCAWJG

Hospital Presidente Peron, Buenos Aires, Argentina; Mount Sinai Medical Center, New York, Estados Unidos; Lancaster Heart Group, Lancaster, Estados Unidos

Propósito: Apesar das vantagens da estimulação ventricular esquerda (VE) endocárdica em relação à implantação tradicional de eletrodos no seio coronário para TRC (Terapia de Ressincronização Cardíaca), ainda há preocupações sobre possíveis complicações, como tromboembolismo sistêmico, regurgitação mitral e extração do eletrodo no VE. Dados sobre a baixa incidência atual desses eventos em pacientes que recebem medicação anticoagulante estão sendo publicados por diversos grupos, que utilizam diferentes técnicas de implante. Apresentamos nosso acompanhamento a médio prazo de pacientes que foram submetidos ao procedimento Jurdham para implante no endocárdio do VE. **Métodos:** O implante foi realizado em todos os pacientes através da abordagem transeptal femoral, que é o procedimento Jurdham. Incluímos pacientes com indicação padrão para a TRC, capazes e dispostos a receber terapia com antagonista da vitamina K (INR alvo de 2-3), com tentativas anteriores malsucedidas de colocação de eletrodos no seio coronário ou, para os últimos quatro pacientes, que preferiram esta abordagem em relação à primeira opção. **Resultados:** Vinte e um pacientes (57,9 ± 11,3 anos, 13 do sexo masculino, FE 23,1 ± 3,8%, Bloqueio completo do ramo esquerdo, QRS 157 ± 21,8 ms, NYHA 3,1 ± 0,43) receberam implante e foram acompanhados por 15,6 ± 7,3 meses (variação de 1 - 20 meses). Eletrodos para VE foram implantados nas regiões lateral e póstero-lateral em todos os pacientes. Nenhuma complicação cirúrgica, tromboembólica ou hemorrágica ocorreu durante o período de acompanhamento. Todos os pacientes mantiveram níveis adequados de INR. Não foi observado novo caso ou exacerbação de regurgitação mitral. Não foi necessário repetir a cirurgia em nenhum paciente. Os primeiros quatro pacientes foram a óbito: três devido à insuficiência cardíaca congestiva progressiva e um devido à septicemia após duas tentativas anteriores fracassadas de CS. **Conclusões:** Em pacientes submetidos à TRC no endocárdio, sob terapia de anticoagulação crônica adequada com antagonista da vitamina K, não houve complicações tromboembólicas ou relacionadas aos eletrodos. Esses resultados continuam sustentados ao longo de um período de acompanhamento a médio prazo.

PO 41

Incompetência cronotrópica-associação de sensores e alto VO2máx - relato de caso

Antônio da Silva MENEZES JÚNIOR, Bárbara Alves ARAÚJO, Camilla Alves ARAÚJO

Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil

Resumo: Atualmente os marcapassos permitem a variação da frequência cardíaca dos pacientes de acordo com suas necessidades metabólicas, através de sensores que captam um determinado indicador de demanda metabólica. Os progressos tecnológicos permitiram a associação de dois ou mais sensores, entretanto os estudos disponíveis não chegam a um consenso na indicação do duplo sensor, ao apontar as desvantagens em manter os dois sensores ligados. O presente trabalho apresenta um relato de caso cuja paciente portadora de marcapasso com duplo-sensor (acelerômetro e volume minuto) apresentou melhora significativa, somente, após a associação destes. O duplo sensor permitiu alcançar no teste ergométrico valores de FC máx. (frequência cardíaca máxima) e VO2máx (volume máximo ou consumo máximo de oxigênio) superiores aos atingidos com o acelerômetro isoladamente, resultando em um teste com maior tempo de prova, maior distância percorrida e melhor aptidão cardiorrespiratória.

PO 43

Implante de marcapasso endocárdico em paciente com válvula tricúspide e mitral metálicas

michele Tamara de Oliveira TAVEIRA, José Carlos Pachón MATEOS, Juan Carlos Pachón MATEOS, Juliana de Miranda SANTIAGO, Walter Duarte BATISTA JÚNIOR, Jonathan Scapin ZAGATTI, Remy Nelson ALBORNOZ, Amanda Guerra de Moraes Rego SOUSA

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O implante de marcapasso transvenoso endocárdico convencional é contraindicado em pacientes com válvula tricúspide mecânica. Neste relato de caso, o eletrodo endocárdico foi colocado no ventrículo esquerdo por via transvenosa através do seio coronário e fixado na veia cardíaca postero-lateral. A paciente, de 79 anos de idade, portadora de válvulas mitral e tricúspide metálicas, evoluiu com fibrilação atrial permanente, alto grau de bloqueio atrioventricular e sintomas de pré-síncope. Foi indicado o implante de marcapasso unicameral ventricular (VVIR). Entretanto, a paciente apresentava contra-indicação para abordagem por toracotomia devido ao alto risco cirúrgico. J.G.P, sexo feminino, 79 anos portadora de valvopatia reumática, submetida a valvoplastia mitral em 1982 e implante de válvulas metálicas mitral e tricúspide em 2000. Tratada clinicamente, evoluiu com miocardiopatia dilatada, fibrilação atrial permanente com BAV progressivo, hipertensão arterial sistêmica e disfunção de VE (FE=40%), classes funcionais II/IV NYHA desde o ano de 2000. Foi internada no IDPC em 12/03/13 com vários episódios de tontura, pré-síncope, fibrilação atrial com alto grau de bloqueio sendo indicada MP VVIR. **Método:** Devido à impossibilidade de implante de MP convencional e ao alto risco cirúrgico para toracotomia, foi realizado implante de eletrodo no VE através de seio coronário e veia cardíaca por acesso endocárdico, precedidos por anticoagulação pré e pós operatórias com heparina de baixo peso molecular. Foram utilizados eletrodo *stratfix* e marcapasso *Adapta SR Medtronic* (Figura). **Resultados e Discussão:** Os parâmetros eletrofisiológicos foram: a) Fase aguda: limiar de comando unipolar 2,0V/0,76 ms; onda R unipolar 11,4 mV; impedância unipolar 675 ohms b) Após dois meses: limiar de comando ventricular unipolar 0,75 mV/0,76 ms; onda R unipolar 11,2 mV; impedância unipolar 542 ohms. Após o MP e otimização da medicação a paciente está evoluindo bem, oligossintomática (NYHA II). **Conclusão:** O implante do eletrodo de MP no VE pelo seio coronário é uma alternativa de estimulação em pacientes que apresentam contra-indicação para implante de MP endocárdico convencional devido a impedimento na valva tricúspide, além de permitir uma estimulação mais fisiológica (estimulação do VE) evita a necessidade de toracotomia.



PO 45

Investigação subjetiva da síndrome de apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono em pacientes submetidos à ablação para tratamento da fibrilação atrial

Fabrizio Sarmento VASSALLO, Eduardo Giestas SERPA, Hermes CARLONI, Aloyr Gonçalves SIMÕES JR., Christiano Lemos CUNHA, Orly De Oliveira LACERDA JR., Alberto De Paula NOGUEIRA JR., Cintia Oliveira RIBEIRO, Stephanie Rizk SASSINE, Mariana Coelho MARQUES

Centro Especializado Em Arritmias Cardíacas, Vitória, ES, Brasil; Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil; Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES, Brasil

Introdução: Síndrome de apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono (SAHOS) é um problema de saúde pública pelo aumento da morbimortalidade cardiovascular. A polissonografia (PSG) é exame padrão ouro para confirmação diagnóstica, porém métodos mais simples e subjetivos como a Escala de Sonolência de Epworth (ESE) e Questionário Clínico de Berlim (QCB) tem-se mostrado úteis na suspeição clínica da doença. **Objetivo:** Avaliar de forma rápida, simples e subjetiva com a ESE e o QCB a possibilidade de SAHOS nos pacientes referidos a nosso serviço para ablação por cateter da fibrilação atrial (AbFA). **Material e Métodos:** 53 pacientes, 41 (77%) homens, idade média de 54 anos (33 a 85), peso médio 77,56 kg (55 a 108), altura média 1,67 m (1,51 a 1,96), IMC médio de 27 (20,2 a 40), submetidos a AbFA entre 11/2009 a 06/2013. 19 (36%) pacientes eram portadores de fibrilação atrial (FA) paroxística (FAP), 21 (40%) FA persistente (FAPe) e 13 (24%) com FA persistente de longa data (FAPeLD). Diâmetro médio do átrio esquerdo (AE) foi: 37 mm na FAP, 41,5 mm na FAPe e 40,4 mm na FAPeLD. Comorbidades: HAS 40 (75%) pacientes, 9 (17%) com DM, 8 (15%) com DAC e 9 (17%) com valvopatia mitral moderada. **Resultados:** 32 (60%) apresentaram alto risco para SAHOS através do QCB, 13 (24,5%) pontuação maior que 10 na ESE e 9 (17%) alteração nos dois. Estes submetem-se a PSG com diagnóstico de SAHOS em 8 (89%) sendo grave em 7. Outros 6 fora do grupo citado receberam diagnóstico de SAHOS após PSG. Do total de 14 pacientes com SAHOS 6 (43%) estavam em ritmo de FA na AbFA e 5 (36%) tiveram recorrência de arritmia (só 1 FA). Nos 39 pacientes sem diagnóstico de SAHOS houve recorrência de arritmia em 9 (23%) sendo que FA em apenas 3. Houve diferença estatística entre os pacientes com e sem SAHOS em relação a recorrência de taquiarritmias atriais (P=0,01). **Conclusão:** uso conjunto do QCB e ESE é de fácil utilização e com grande utilidade na identificação de portadores de SAHOS. Este diagnóstico identifica pacientes sobre um maior risco de recorrência de arritmias pós-ablação de fibrilação atrial apesar destes pacientes receberem tratamento adequado para a SAHOS.

PO 60

Características das taquiarritmias atriais nas recorrências e "redo" após ablação da fibrilação atrial

Fabrizio Sarmento VASSALLO, Eduardo Giestas SERPA, Hermes CARLONI, Aloyr Gonçalves SIMÕES JR., Christiano Lemos CUNHA, Orly de Oliveira LACERDA JR., Alberto De Paula NOGUEIRA JR., Stephanie Rizk SASSINE, Cintia Oliveira RIBEIRO, Mariana Coelho MARQUES

Centro Especializado Em Arritmias Cardíacas, Vitória, ES, Brasil; Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES, Brasil; Hosp. Clínicas Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil

Introdução: Ablação da fibrilação atrial (AbFA) apesar da evolução das técnicas e materiais com o passar do tempo mantém preocupante as taxas das recorrências. **Objetivo:** Avaliar tipos e características das taquiarritmias em pacientes submetidos a AbFA com recorrência pós-procedimento e também nos submetidos a novas intervenções. **Material e Métodos:** 78 pacientes referidos a AbFA de agosto de 2008 a fevereiro de 2013 (média seguimento 18 meses) sendo 60 (77%) com HAS, 12 (15%) com DM, 9 (12%) com doença coronária e 4 (5%) com marcapasso. 31 (40%) portadores de fibrilação atrial (FA) paroxística (grupo 1), 30 (38%) FA persistente (grupo 2) e 17 (22%) FA persistente de longa data (grupo 3). No dia do procedimento 47 (60%) pacientes estavam em ritmo sinusal, 29 (37%) em FA e 2 em flutter atrial. No grupo 1 a média do átrio esquerdo foi de 38,1 mm no grupo 2 e 42,8 mm e 41,9 mm no grupo 3. 10 (13%) pacientes apresentavam valvopatias moderadas. Cinco pacientes foram submetidos a dois procedimentos e um, a três. **Resultados:** Atualmente 74 pacientes em ritmo sinusal com medicação (beta-bloqueador, sotalol ou amiodarona) ou ablação e 18 (23%) recorrências no total, sendo 2 (7%) no grupo 1, 5 (17%) no grupo 2 e 9 (53%) no grupo 3. Grupo 1: uma taquicardia atrial direita/seio coronário com ablação e taquicardia regular (TA/FIA) tratada com sotalol, ambos em sinusal. Grupo 2: 4 TA/FIA sendo uma tratada com ablação flutter esquerdo e 1 FA - esses em sinusal com medicação. Grupo 3: 5 recorrências por FA estando 2 em sinusal com amiodarona - 4 em TA/FIA (1 mantém a arritmia) com 3 "redo: 1 flutter esquerdo e 2 taquicardias atriais direitas. **Conclusão:** Recorrências pós-AbFA tem as TA/FIA como as arritmias mais comuns e pacientes menos sintomáticos. Estas são bem controladas com medicação. Nos "redo" o índice de sucesso é elevado com 2 ou 3 procedimentos principalmente quando não houve reconexão das veias pulmonares.

PO 54

Papel do extra-estímulo atrial durante a condução decremental na taquicardia antidrômica

Liana Valadão DIAS, Priscila REIS, Frederico S. CORREIA, Luiz Márcio GERKEN, Yash LOCKHANDWALA, Hein JJ. WELLENS, Eduardo Back STERNICK *Biocor, Belo Horizonte, MG, Brasil; Cardiovascular Research Institute, MUNBAI, INDIA; Maastricht University, MAASTRICHT, HOLANDA*

Background: O avanço na ativação ventricular por um extra-estímulo atrial (EEA) ministrado durante a refratariedade Hisiana seguido por *reset* da taquicardia antidrômica em pacientes com via acessória com condução decremental é uma manobra útil para provar a existência da via e sua participação no circuito. Objetivamos reavaliar numa ampla coorte, o papel do EEA em pacientes com via acessória com condução decremental. **Métodos e Resultados:** Trinta e três pacientes, 19 (57%) do sexo feminino com idade média de 26+10 anos, com via acessória com condução decremental que apresentaram 34 taquicardias antidrômicas foram incluídos no estudo. Vinte e nove deles tinham via atrofascicular, 1 paciente tinha via acessória com condução decremental atrioventricular longa e 4 pacientes tinham fibras atrioventriculares curtas. EEA foram ministrados inicialmente no átrio direito lateral alto, explorando a diástole com 10 ms de decremento até a refratariedade ou término da taquicardia. Observamos 4 padrões de resposta: A- avanço da ativação (29 casos), B- atraso (2 casos), C- avanço seguido de atraso (3 casos) e D- término (7 casos). Oito pacientes demandaram um EEA mais precoce para avançar ou atrasar a ativação ventricular. Esses 8 pacientes tinham um ciclo mais curto da taquicardia antidrômica (média de 273 x 315 ms) (p=0,001) e tinham uma zona de *reset* também curta (intervalo de acoplamento mediano de 30 x 50 ms) (p<0,003). **Conclusão:** EEA liberados durante taquicardia antidrômica em pacientes com via acessória com condução decremental avançaram e/ou atrasaram a ativação ventricular em todos os pacientes. Em média 1 a cada 5 casos de taquicardia antidrômica foi terminada por uma única extrassístole atrial. Em aproximadamente 1/4 dos pacientes foi necessário EEA com acoplamento mais precoce para "resetar" a arritmia. O átrio direito alto foi um sítio adequado de estimulação em todas as via acessória com condução decremental direitas.

PO 61

Alternativas de estimulação cardíaca definitiva para preservação da tricúspide na anomalia de Ebstein corrigida pela cirurgia do cone

Dalton Hespagnol do AMARAL, Silas dos Santos GALVÃO FILHO, Jose Tarciso Medeiros de VASCONCELOS, Bruno PAPELBAUM, Carlos Eduardo DUARTE, Ofir Gomes VIEIRA, Rafael Cardoso Jung BATISTA, Joao Paulo Velasco PUCCI, Claudia Karina Guarino LINS, Jose Pedro da SILVA

Clinica de Ritmologia Cardíaca, São Paulo, SP, Brasil; Clinica Cardio Cirurgia Jose Pedro da Silva, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A anomalia de Ebstein raramente pode gerar bloqueio atrioventricular total, porém pode cursar com bloqueio atrioventricular de primeiro grau em aproximadamente 42% devido a anomalias estruturais do sistema de condução. Uma das técnicas corretivas consiste na cirurgia do cone, com plastia da valva tricúspide e preservação da mesma. O marcapasso definitivo, quando indicado, deve-se evitar o implante pela técnica endocárdica convencional através da valva tricúspide; nesses casos utilizamos técnicas alternativas. **Objetivo:** Demonstrar a viabilidade de marcapasso definitivo utilizando-se variação na técnica de implante, por meio endocárdico através do seio coronário e por meio epicárdico direto, preservando a plastia tricúspide. **Material e Métodos:** A análise dos dados foi realizada através de revisão dos prontuários. Entre outubro de 1998 e outubro de 2012 três pacientes portadores de anomalia de Ebstein foram submetidos à correção cirúrgica e implante de marcapasso definitivo. Dois paciente do sexo masculino e um do sexo feminino. A idade variou de 9 a 14 anos. Todos eram portadores de anomalia de Ebstein com insuficiência tricúspide importante. Um era portador de bloqueio atrioventricular total (BAVT) congênito, associado a déficit cronotrópico; outro era portador de bloqueio de ramo direito evoluindo com BAVT no pós-operatório; o terceiro era portador de flutter atrial evoluindo com BAVT no pós-operatório. **Resultados:** Implantou-se marcapasso em 3 pacientes: 1) estimulação cardíaca dupla câmara epicárdica com seguimento de 176 meses; 2) estimulação cardíaca dupla câmara mista (eletrodo atrial endocárdico e ventricular epicárdico), com seguimento de 81 meses; 3) estimulação cardíaca dupla câmara totalmente endocavitária (eletrodo atrial endocárdico convencional e eletrodo ventricular via seio coronariano), com seguimento de 8 meses. A sobrevida neste seguimento foi de 100%. Todos os pacientes encontram-se em classe funcional I da *New York Heart Association*, com perfeito funcionamento dos sistemas de estimulação cardíaca artificial. **Conclusão:** A estimulação cardíaca artificial preservando a valva tricúspide na anomalia de Ebstein corrigida pode ser feita de maneira eficaz pelas técnicas apresentadas. A técnica completamente endocavitária tem como vantagem ser minimamente invasiva.

PO 62

Isolamento de apêndice atrial esquerdo para ablação de fibrilação atrial paroxística. Relato de caso

José Marcos MOREIRA, Jefferson CURIMBABA, Claudio CIRENZA
Grupo Arritmia São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Relatar um caso de ablação de fibrilação atrial (FA) paroxística só conseguida após o isolamento do apêndice atrial esquerdo. Descrição do caso: Paciente de 32 anos, sexo feminino, sem história de qualquer cardiopatia e com ecocardiograma normal vinha apresentando quadro repetitivo de palpitações taquicárdicas refratário a terapêutica medicamentosa, sendo encaminhada ao nosso serviço para avaliação e conduta. Refere episódio isolado de isquemia mesentérica com internação e boa evolução há 2 anos. ECG apresentava fibrilação atrial com alta resposta ventricular. Durante o procedimento eletrofisiológico, utilizando-se de mapeamento eletroanatômico, promoveu-se a isolamento das 4 veias pulmonares com sucesso, porém sem interromper a arritmia. CVE a 200 joules bifásico por 2 vezes também não surtiu efeito. Foi adotado então abordagem de potenciais fracionados (CAFE), notando-se densidade bastante elevada na região do apêndice atrial esquerdo (AAE). Ao se isolar essa região houve término da taquicardia. Estimulação atrial subsequente com aplicação de extra-estímulos e *burst* atrial não mais induziram FA. **Conclusão:** Esses achados demonstram um caso atípico de fibrilação atrial paroxística mantida pela presença de uma alta densidade de potenciais elétricos fracionados no AAE, a despeito do isolamento das veias pulmonares.

PO 63

Ablação de flutter atrial atípico em paciente com revascularização cardíaca prévia. Relato de caso

Jefferson CURIMBABA, José Marcos MOREIRA, Jefferson JABER, Claudio CIRENZA
Grupo Arritmia São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Relatar um caso de ablação de flutter atrial atípico, utilizando-se de manobras de encarrilhamento no átrio direito. Descrição do caso: Paciente masculino de 74 anos iniciou quadro de palpitações e pré-síncope em abril de 2013. ECG identificou flutter atrial, sendo então submetido a CVE 200 J bifásico com sucesso. Apresenta história de revascularização miocárdica em 2008 (ponte mamária-DA e safena-VP-CD). Como apresentou recidiva da arritmia foi submetido à EEF onde se identificou a presença de taquicardia com ciclo de frequência (CF)=280 ms (214 bpm) e sequência de ativação atrial anti-horária. O encarrilhamento (ENC) no istmo cavotricuspidé mostrou Ciclo de Retorno (CR) longo, provando que tal estrutura não participava do circuito. Movimentado cateter de ablação na altura da veia cava superior (VCS), onde ENC demonstrou CR idêntico ao CF da taquicardia. Realizada, então, linha de ablação da VCS à VCLI com término da taquicardia. Estimulação atrial posterior não mais induziu a mesma, dando-se por encerrado o procedimento. **Conclusão:** Esse caso demonstra a utilidade das manobras de encarrilhamento a fim de definir a localização do circuito macroreentrante em paciente com história de cirurgia cardíaca prévia, em especial na ausência de mapeamento eletroanatômico.

PO 71

Psychological effects of ICD (implantable defibrillator) shocks: a systematic review of quantitative studies with a critical appraisal of methods

Thais Aguiar do NASCIMENTO, Riccardo PROIETTI, Gian Mauro MAZONI, Wagner PEGORARO, Vidal ESSEBAG

Mcgill University, Montreal, Canadá; Catholic University Of Milano, Milano, Itália

Background: The implantable cardioverter defibrillator (ICD) has become the treatment of choice for ventricular arrhythmias (VA) and the primary and secondary prevention of sudden cardiac death (SCD). Major clinical trials have shown the ICD to be effective in reducing mortality, but long-standing clinical experience and patient-centered data have suggested that the ICD may have detrimental effects on patients' mental health and quality of life. The ICD shock has been largely blamed as the main offender but empirical evidence does not support such belief consistently. Results from studies examining the psychological effects of ICD shocks are discordant and such discrepancies may result from methodological differences. **Methods:** Systematic review of all quantitative studies that assessed the effects of ICD shock on patients' psychological health with a critical appraisal of methods and explored plausible associations between some methodological factors and the statistical significance of results. **Results:** Multiple and relevant differences across studies were found, some of which were very heterogeneous. For example, the shock variable was operationalized and analyzed in more than ten different ways. Furthermore, no significant association between any method and the statistical significance of the shock effect was observed. **Conclusion:** The review suggests that mixed findings of studies that assessed the effect of ICD shocks on patients' psychological health are not easily explained by differences in study designs and methods. Heterogeneity is too wide and limits any quantitative or quasi-quantitative attempt to resolve the question. Given the importance of drawing firm conclusions, well-built and standardized research is urgently needed.

PO 73

Morte súbita na associação entre a síndrome de Wolff-Parkinson-White e cardiomiopatia hipertrófica

Mario de Seixas ROCHA, Lenises de Paula Van Der STELD,
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil

Resumo: A associação entre a síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW), cardiomiopatia hipertrófica (CMH) e doença do sistema de condução (DSC) do coração, tem sido descrita como secundária a mutações no gene PRKAG2 e classificada como doença de armazenamento de glicogênio. Taquiarritmias supra e ventriculares são frequentes. **Objetivo:** Descrever o mecanismo de morte súbita cardíaca (MSC) em uma família brasileira com portadores da associação entre WPW, CMH e DSC. **Métodos:** Foram estudados retrospectivamente, 18 pacientes (PT) no período de março de 2005 a março de 2013, selecionados a partir de um grupo familiar, composto por 84 indivíduos. Portadores da doença de Chagas foram excluídos. Os PT foram submetidos a ECG trimestral, ECO 2D e Holter 24h anuais. Arritmias refratárias ao tratamento clínico foram submetidas a estudo eletrofisiológico (EEF) e ablação por radiofrequência (ARF). **Resultados:** Dos 18 indivíduos estudados, onze (61%) eram do sexo, com idade média de 27 ± 16, sendo que 11 (61%) eram portadores de CMH associado à WPW, 6 (33%) apresentaram WPW isolado e 1 (5,6%) caso de CMH isolada. Palpitação ocorreu em 12 (67%), dor torácica em 6 (33,3%), síncope em 5 (28%), tonturas em 4 (22%). AIT cerebral ocorreu em 3 PT portadores de WPW, CMH, HAS e diabetes mellitus. Observou-se aborto espontâneo e morte prematura de neonatos em 3 portadoras da associação. Hipodenvolvimento físico e mental esteve presente em 3 PT do sexo. ECG com morfologia de BRD ocorreu em 10 (55,5%) e BRE em cinco (27,7%) Fibrilação atrial (FA) em 6 PT (33,3%), flutter atrial (FLA) em 3 (16,7%) e taquicardia atrial em 2 (11,1%), TPSV em 12 (67%) e TVNS em um PT (5,5%). Morte súbita cardíaca foi observada em dois portadores de WPW, aos 37 e 27 anos. Três episódios de MSC abortada foram documentados em dois pacientes com WPW, CMH devido à FA e FLA com condução anterógrada através da via acessória. Ocorreu predomínio de hipertrofia do ventrículo esquerdo generalizada no ECO, espessura média do SIV de 14,4 mm e da PP de 13,13 mm, com FE do VE normal. Uma PT apresentou CMH obstrutiva. Em 6 pacientes, foram realizadas ARF de 8 vias acessórias. Foram implantados 6 marcapassos artificiais definitivos devido a DSC. **Conclusão:** O presente estudo relata o caso de uma família cujo mecanismo de MSC na associação entre WPW e CMH é a fibrilação atrial com condução anterógrada pela via acessória.

PO 75

Síndrome da resposta inflamatória pulmonar após ablação por cateter de fibrilação atrial

Guilherme Ferreira GAZZONI, Karina de ANDRADE, Rafael Manhabosco MORAES, Carolina Pelzer SUSSENBACH, Edimar de LIMA, Anibal Pires BORGES, Pablo da Costa SOLIZ, Renata ETCHEPARE, Eduardo BARTHOLOMAY, Carlos Antonio Abunader KALIL

Hospital Mãe de Deus, Porto Alegre, RS, Brasil

Fundamento: A fibrilação atrial (FA) é a arritmia cardíaca mais comumente encontrada na prática clínica, sendo a ablação considerada uma terapêutica efetiva para o tratamento da FA paroxística e crônica. Atualmente, a técnica da ablação por cateter, as variáveis eletrofisiológicas e as complicações maiores tem sido relatadas na literatura. **Objetivo:** Neste relato de caso temos como objetivo apresentar uma síndrome de resposta inflamatória pulmonar desenvolvida em um paciente submetido a ablação por radiofrequência da FA. **Métodos:** N/A. **Resultados:** Paciente masculino, 43 anos, previamente hígido, apresentando FA sintomática e refratária a terapia antiarrítmica, foi submetido a ablação da FA. Realizada a ablação circunferencial guiada por mapeamento eletroanatômico associada à comprovação do isolamento elétrico com cateter lasso. O tempo total do procedimento foi 245 minutos. No 1º dia de pós-operatório, paciente apresentou tosse seca e leve desconforto respiratório associado a pico febril (38,3°C), evoluindo com hipoxemia e deterioração clínica rapidamente progressiva, necessitando de cuidados intensivos e ventilação não invasiva. A tomografia de tórax demonstrou extenso infiltrado pulmonar intersticial em padrão de vidro fosco, este compatível com edema pulmonar cardiogênico ou não-cardiogênico. Devido à inexistência de cardiopatia estrutural prévia, à ausência de resposta ao tratamento com altas doses de diuréticos e também, à elevação dos marcadores inflamatórios, optou-se por iniciar a terapia com altas doses de corticosteroides e ventilação com o uso de CPAP. A hipótese de síndrome da resposta inflamatória pulmonar pós-ablação de FA foi considerada, e o paciente apresentou rápida resposta terapêutica. **Conclusão:** Pacientes submetidos a ablação por radiofrequência de FA tem risco de desenvolver edema pulmonar inflamatório em um período de 18-48 horas após a intervenção. Ademais, com a terapia de suporte, incluindo ventilação com CPAP e corticosteroides, essa séria complicação parece ter um bom prognóstico, com a resolução dos sinais e sintomas no caso em questão. A compreensão e o tratamento desta possível complicação permanecem como um desafio fazendo-se necessária uma melhor elucidação a respeito.

PO 76

Punção transeptal para acesso às câmaras esquerdas em eletrofisiologia: experiência de serviço terciário

Victor Augusto PONCIO, Ana Paula Beppler Lázaro LINO, Márcio Jansen de Oliveira FIGUEIREDO, Fernando Piza de Souza CANNAVAN

FCM - Unicamp, Campinas, SP, Brasil

Introdução: A punção transeptal tem se tornado o método de escolha para acesso às câmaras esquerdas em diversos serviços de eletrofisiologia, seja em procedimentos mais simples como ablação de vias acessórias esquerdas, seja para os mais complexos como a abordagem da fibrilação atrial. Pode ser guiada por radioscopia, como realizado em nosso serviço, ou, em serviços onde há disponibilidade, por ecocardiografia transesofágica. Na primeira abordagem, o procedimento é efetivo e seguro, com baixas taxas de complicações, porém as mesmas são potencialmente graves, como por exemplo derrame pericárdico ou lesão da Aorta ascendente. Nosso trabalho visa relatar a casuística de nosso serviço, demonstrando a segurança do procedimento em pacientes ambulatoriais. **Métodos:** Foi realizado estudo retrospectivo selecionando os pacientes submetidos a estudo eletrofisiológico em que foi necessária a realização de punção transeptal para acesso às câmaras esquerdas. **Resultados:** Foram realizados 26 procedimentos que envolveram punção transeptal, todos guiados através de radioscopia, sendo 23 (88,6%) destinados a ablação de vias acessórias esquerdas, 2 (7,6%) para abordagem de veia pulmonares em pacientes com fibrilação atrial e 1 (3,8%) para ablação de taquicardia fascicular. Apenas em um procedimento não foi possível completar a punção, pois não foi possível progredir a bainha longa em direção ao átrio esquerdo. Receberam alta no mesmo dia do procedimento, após seis horas de repouso, 53% dos pacientes. Em nossa casuística, não houve complicações nos procedimentos. **Conclusões:** Apesar do pequeno número de procedimentos com punções transeptais, os dados obtidos vão de encontro aos dados da literatura, demonstrando baixas taxas de complicações, mesmo quando o procedimento é guiado por radioscopia, sem a necessidade de métodos mais avançados e dispendiosos, como o ecocardiograma transesofágico. Além disso, é possível a alta hospitalar do paciente no mesmo dia do procedimento, desde que o mesmo tenha sido realizado sem intercorrências, sem maiores riscos de complicações.

PO 81

Análise sobre estratégias de tratamento propostas a portadores de fibrilação atrial não-valvar em um serviço especializado de um hospital terciário

Frederico Homem da SILVA, Henrique Chiguelo IWACE, Rodrigo Caligaris CAGI, Leandro Cordeiro PORTELA, Enia Lúcia COUTINHO, Rita Simone Lopes MOREIRA, Lara Cristina Felix BERNARDES, Juliana Filgueiras MEDEIROS, Claudio CIRENZA, Angelo Amato Vicenzo de PAOLA

Unifesp, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A fibrilação atrial (FA) corresponde à arritmia sustentada de maior prevalência. Suas consequências hemodinâmicas e complicações tromboembólicas constituem importantes efeitos de morbimortalidade e custo. As estratégias para controle de ritmo (CR) ou de frequência cardíaca (FC) se equivalem quanto ao impacto nos desfechos negativos da FA. **Objetivos:** Avaliar a opção de tratamento destinada a pacientes com FA não valvar em um serviço especializado, comparar as estratégias quanto a efetividade e complicações e descrever o perfil clínico-epidemiológico deste grupo. **Materiais e Métodos:** Análise retrospectiva de prontuários, incluindo dados de consulta, internação e laboratoriais de 112 pacientes acompanhados pelo serviço de arritmias cardíacas de um Hospital terciário de São Paulo, no período de novembro de 2012 a junho de 2013. **Resultados:** Avaliados 112 pacientes; 65,2% de homens (H) e idade média (im) de 65,3 ± 11,9 anos. O valor médio do CHADS2 foi 2,09 ± 0,98 e hipertensão arterial sistêmica (HAS) destacou-se como fator preponderante (91,9%). O grupo CR apresentou 69 pacientes (61,6%); 71,01% H e im=63,5 ± 8,9 anos com CHADS2 médio de 1,86 ± 0,83 e tempo efetivo de anticoagulação de 72,85% ± 17,5. A droga mais utilizada foi Amiodarona (92,6%). Os meios de cardioversão abrangeram a terapia elétrica (62%) e ablação (24%). Constatados 8,7% de eventos hemorrágicos (33% maior) e 13,94% de interações por causas cardiovasculares. O grupo FC foi composto por 43 indivíduos (38,4%); 55,81% H e im=68,2 ± 11,3 anos com CHADS2 médio de 2,44 ± 1,18 e tempo adequado de anticoagulação de 70,1% ± 19,1. Quatro pacientes foram provenientes do grupo CR. As classes mais utilizadas foram: betabloqueadores (88,4%) e bloqueadores dos canais de cálcio (23,2%). Sangramento foi visto em 6,97% dos casos (todos menores) e 32,5% foram internados. Evidenciadas diferenças estatisticamente significativas em relação à idade (p=0,0424); CHADS2 médio (p=0,0034) e internações (p=0,0168). **Conclusão:** A estratégia terapêutica preferencialmente adotada foi o CR, sendo a cardioversão elétrica amplamente utilizada. As diferenças detectadas entre os grupos em relação à idade e ao escore CHADS2 podem justificar um maior número de internações no grupo FC.

PO 82

Análise da terapia anticoagulante em pacientes septuagenários portadores de fibrilação atrial não-valvar - benefícios e complicações

Leandro Cordeiro PORTELA, Henrique Chiguelo IWACE, Frederico Homem da SILVA, Rodrigo Caligaris CAGI, Enia Lúcia COUTINHO, Rita Simone Lopes MOREIRA, Felipe Augusto de Oliveira SOUZA, Guilherme FENELON, Claudio CIRENZA, Angelo Amato Vicenzo de PAOLA

Unifesp, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A fibrilação atrial (FA) é a arritmia sustentada mais comum da prática clínica e apresenta grande prevalência na população idosa, aumentando o risco de acidente vascular encefálico isquêmico (AVEI) e constituindo fator independente de mortalidade. A anticoagulação compõe fator essencial do tratamento, e quando indicada, associa-se diretamente à diminuição de desfechos negativos. No entanto, esta terapia é geralmente subutilizada na prática clínica, especialmente em pacientes idosos, devido a receios relacionados a complicações hemorrágicas. **Objetivos:** Avaliar a incidência de eventos hemorrágicos e o tempo de anticoagulação na faixa terapêutica (TAFT) de pacientes septuagenários portadores de FA não-valvar na vigência de terapia anticoagulante com antagonistas da vitamina K seguidos por 08 meses em um ambulatório especializado de um hospital terciário. **Materiais e Métodos:** Análise retrospectiva de prontuários incluindo dados laboratoriais e de consulta ambulatorial de 44 pacientes acompanhados pelo serviço multidisciplinar de arritmias cardíacas e anticoagulação de um hospital terciário no período de novembro de 2012 a junho de 2013. Utilizado o método de Rosendaal para o cálculo do TAFT. **Resultados:** Analisados 44 pacientes; 54,5% pertencentes ao sexo feminino, com idade média de 78,1 ± 7,2 anos. O valor médio do escore CHADS2 foi 2,41 ± 1,1 e os fatores clínicos mostraram a seguinte composição: hipertensão arterial 95,5%; Diabetes mellitus 34%; Insuficiência cardíaca 25% e AVEI 11,4%. O TAFT médio foi de 70% ± 17,3 e 85% da população apresentou níveis ideais de INR durante todo o seguimento. Eventos hemorrágicos foram detectados em 9,1% dos casos com a mesma proporção (4,54%) entre sangramento menor e maior, sendo descontinuada a terapia neste último grupo de pacientes. Não foram registrados óbitos neste período. **Conclusão:** Nesta população de alto risco para eventos embólicos, o tempo em anticoagulação ideal mostrou-se adequado para a redução de eventos adversos às custas de pequeno número de eventos hemorrágicos.

PO 84

Avaliação dos eletrodos de seio coronário estabilizados com a técnica do fio guia retido - experiência de um único centro

Maykyol Avaroma MELGAR, Sílas dos Santos GALVÃO FILHO, Jose Tarcisio Medeiros de VASCONCELOS, Carlos Eduardo DUARTE, Bruno PABELBAUM, Deborah Miranda de VASCONCELOS, Claudia Karina Guarino LINS, João Paulo Velasco PUCCI, Ofir Gomes VIEIRA, Rafael Cardoso Jung BATISTA

Clinica de Ritmologia Cardíaca, São Paulo, SP, Brasil

Resumo: Avaliação dos eletrodos de seio coronário estabilizados com a técnica do fio guia retido - Experiência de um único centro. **Introdução:** A manutenção do fio guia (*over the wire*) no eletrodo de ventrículo esquerdo (VE), conhecida como técnica do fio guia retido, foi descrita como uma alternativa para a estabilização do eletrodo de VE nos casos de deslocamento repetitivo no intra-operatório de marcapasso biventricular para ressincronização cardíaca. **Objetivo:** Avaliar os resultados do uso da técnica do fio guia retido para estabilizar o eletrodo de VE na terapia de ressincronização cardíaca. **Material e Método:** Analisamos 7 casos através da revisão de prontuários de pacientes em que a técnica do fio guia retido foi utilizada devido a deslocamento recorrente do eletrodo durante o implante. **Resultados:** O tempo de seguimento após o implante do eletrodo de VE estabilizado com fio guia foi em média 18 meses (4 - 44). Os parâmetros do eletrodo no dia do implante encontravam-se dentro da normalidade. Mesmo não evidenciando migração macroscópica do eletrodo do VE pela radiografia, em 5/7 casos (71,4%) observou-se alterações dos parâmetros de sensibilidade, limiares de estimulação ou impedância, que sugeriam fratura ou microdeslocamento, em média aos 12,2 meses (3 - 24). Destes, 4/5 (80%) foram novamente abordados com sucesso para troca do eletrodo de VE e as estratégias adotadas foram: 2/4 (50%) troca da veia-alvo, 1/4 (25%) troca do tipo de fixação do eletrodo e 1/4 (25%) apenas troca sem a necessidade de guia para estabilização. O outro paciente permanece sem o benefício da estimulação biventricular por não aceitar nova abordagem. Todos os eletrodos retirados se encontravam com fragmentação do fio guia em múltiplos pontos com angulação e fratura dos espirais, assim como rompimento dos isolantes. Os outros 2/7 casos (28,6%) permanecem em seguimento médio de 6 meses (4 e 8), ainda com parâmetros inalterados. **Conclusão:** Nossa experiência sugere que a técnica do fio guia retido não é uma boa opção para a estabilização do eletrodo de VE devido a grande probabilidade de alterações na sua integridade e funcionamento em um curto tempo de seguimento.

Figura 1. Eletrodo de VE com fio guia retido.

PO 85

Diagnóstico precoce e alternativa de tratamento para a formação de trombo durante punção transseptal

Rafael Manhabosco MORAES, Carlos Antonio Abunader KALIL, Eduardo BARTHOLOMAY, Guilherme Ferreira GAZZONI, Edimar de LIMA, Carolina Pelzer SUSSENBACH, Renata ETCHEPARE, Anibal Pires BORGES

Hospital São Lucas Pucrs, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Paciente masculino, 42 anos, previamente hígido, com diagnóstico de fibrilação atrial (FA) paroxística sintomática e refratário ao uso de antiarrítmicos foi encaminhado para procedimento de ablação de FA. **Objetivo:** Descrever o diagnóstico de complicação de ablação de FA realizado com o auxílio de ecografia intracardíaca, e uma alternativa de tratamento no transoperatório. **Descrição do Caso:** Após ser realizado os acessos vasculares em veias femorais direita e esquerda foi realizado a primeira punção transseptal com visualização direta do septo interatrial por ecografia intracardíaca. Antes da realização da segunda punção transseptal foi visualizado uma imagem hiperecogênica e filiforme aderida à extremidade distal da bainha que já estava no interior do átrio esquerdo. Devido possibilidade de tratar-se de trombo e o risco de seu deslocamento com grande potencial de embolização em território cerebral com a movimentação da bainha, optou-se por posicionar um filtro em cada artéria carótida antes da retirada da bainha para o átrio direito. Após a retirada destes filtros observou-se a presença de um pequeno coágulo no interior do filtro posicionado em artéria carótida direita. **Discussão:** A formação de trombos durante a ablação de FA constitui-se em complicação com grande potencial de morbimortalidade. O uso do ecocardiograma intracardíaco possibilita a visualização direta do átrio esquerdo, sendo ferramenta importante para o diagnóstico precoce de complicações, além de permitir o uso de estratégias para minimizar o potencial de gravidade destas complicações.

PO 87

Stiff left atrial syndrome pós-ablação de fibrilação atrial

Amanda Leão SALERNO, Hebert Donizeti SALERNO, José Silveira LAGE, Julio Cesar de OLIVEIRA, Cezar Henrique Migueis MARTINS, Ronaldo Peixoto de MELLO

Universidad Abierta Interamericana, ROSA, ARGENTINA; Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil; Hospital Geral Universitário, Cuiabá, MT, Brasil

Introdução: A ablação de Fibrilação Atrial é um procedimento altamente complexo e susceptível à complicações que variam entre 3,5% e 5%, mesmo em centros experientes. **Objetivo:** Descrever a ocorrência de Insuficiência respiratória aguda pós-ablação de Fibrilação Atrial, discutindo possíveis diagnósticos, mecanismos fisiopatológicos e terapêuticos. **Casística e Métodos:** Paciente 27 anos, sexo feminino, com história clínica de Fibrilação Atrial Paroxística, vinha apresentando resistência a aos seguintes fármacos: Amiodarona e Propafenona. Apresentava-se com exame de Ecocardiograma normal. Foi realizada ablação por Cateter de Fibrilação Atrial para Isolamento de Veias Pulmonares. Nenhuma complicação foi detectada durante o procedimento. Permaneceu internada em ambiente de unidade de terapia intensiva recebendo alta para enfermaria após 16 horas do término do procedimento. Aproximadamente após 24 horas pós-procedimento, apresentou taquidispnea rapidamente progressiva e intensa, cianose. Não houve registro de febre ou qualquer outro sinal infeccioso agudo. Ao exame físico foi detectado padrão respiratório compatível com consolidação da base pulmonar inferior direita. Gasometria demonstrou saturação de O₂ 92%. Radiografia de tórax, tomografia computadorizada revelou envolvimento intersticial e alveolar desta região e afastou a hipótese de Embolia Pulmonar. BNP e D-dímero também normais. A tomografia de Átrio Esquerdo ausência de trombose, dissecação ou obstrução dos ostios das veias pulmonares. Recebeu tratamento com, CPAP, diuréticos, antibióticos e anticoagulação. Permaneceu internada por 10 dias. Apresentou boa evolução clínica com normalização clínica após 15 dias. **Conclusão:** Por exclusão e pelo *link* com o procedimento, o diagnóstico mais provável na nossa opinião é de *Stiff Left Atrial Syndrome*, que é definida como disfunção diastólica do átrio esquerdo relacionada talvez a edema, cicatriz das paredes atrial e diminuição da contratilidade de veias pulmonares.

PO 88

Ablação epicárdica de extrassístoles ventriculares em paciente com cardiomiopatia dilatada: relato de caso

Cristiano Oliveira DIETRICH, Abdalla HAMID, Basem HAMID

Hospital Santa Cruz, SANTA CRUZ DO SUL, RS, Brasil

Relato de Caso: JPP, 62 anos, encaminhado para ablação devido a frequentes extrassístoles ventriculares (ESV) e descargas apropriadas do CDI. Paciente portador de cardiomiopatia dilatada não isquêmica e arritmia ventricular complexa com implante de CDI há 1 ano. Exames precedendo o procedimento: ecocardiograma (AE 42 mm DDVE 63 mm DSVE 48 mm FE 33% hipocinesia difusa importante) e Holter-24h (30% de ESV monomórficas e episódios de TVNS). Monitorização cardíaca com ESV monomórficas frequentes e critérios sugestivos de origem epicárdica (fig A). Realizado EEF com duas punções em veia femoral direita, uma artéria femoral direita e uma subclávia. Posicionado cateter decapolar no seio coronário com visualização de potenciais tardios na região basal súpero-lateral do VE (fig B). Estimulação programada no ápice do VD com indução de TV rápida e com instabilidade hemodinâmica, necessitando reversão. Efetuado o mapa de voltagem que demonstrou baixa voltagem epicárdica basal (<1,5 mV). Em seguida, o mapeamento de ativação da ESV foi compatível com foco epicárdico (fig C). *Pace-mapping* neste local apresentou morfologia ECG estimulado idêntico com a ESV. Coronariografia demonstrou a segurança da região em relação ao trajeto coronário. Ablação neste local promoveu a eliminação da extrassístole e não indução de TV. Evolução assintomática e sem novas arritmias clínicas (Holter-24h e registro CDI). **Discussão e Conclusão:** ESV tem sido relacionadas com o substrato arritmogênico em cardiomiopatias. O mapeamento destas arritmias pode ser útil em localizar e guiar a ablação deste substrato como demonstrado neste paciente.

PO 90

Repolarização ventricular: análise das variações eletrocardiográficas do padrão de sobrecarga ventricular esquerda tipo strain

Gustavo Galli REIS, Diandro Marinho MOTA, Francisco Faustino FRANÇA, Sandro PINELLI, Renato de Aguiar HORTEGAL, Henrique Chiguelo IWACE, Paola Emanuela SAMANO, Ricardo AMARANTE, Glicia Santos PORTELA, Tatiana FERNANDES

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A hipertrofia ventricular esquerda (HVE) é considerada lesão de órgão alvo e marcador de pior prognóstico no paciente hipertenso, além de ser um fator de risco independente para arritmias malignas, morte súbita e associar-se com prolongamento do intervalo QT. Entre os padrões eletrocardiográficos de sobrecarga ventricular esquerda (SVE), o *Strain* consegue delimitar um grupo de risco cardiovascular ainda maior. Embora, também exista uma nítida associação entre o *Strain* e doença obstrutiva das artérias epicárdicas, não está bem estabelecido se existem variações ou achados eletrocardiográficos deste padrão que apontem a presença de doença arterial coronária (DAC) grave. A HVE também gera alterações complexas sobre a circulação coronariana. A densidade capilar esta reduzida em 20-30% e mais proeminente no endocárdio. Um aumento de duas vezes a MVE, acarreta uma redução da reserva de Fluxo coronariana de 4 para 2 mL/min/g na presença de artérias epicárdicas normais. Além do mais, isso poderia agravar a repercussão funcional de qualquer lesão obstrutiva de artérias epicárdica. **Objetivo:** Identificar se variações eletrocardiográficas do padrão de SVE tipo *Strain* podem identificar pacientes com DAC grave associada. **Material e Métodos:** Realizado estudo transversal, retrospectivo e prospectivo, por meio de revisão sistemática de prontuários de pacientes com critérios eletrocardiográficos de SVE que realizaram cintilografia de perfusão miocárdica e cineangiogramiografia no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. **Resultados:** Dentre as variáveis eletrocardiográficas avaliadas encontramos evidências de maiores valores de intervalo QT corrigido (QTc) ($p=0,0072$), profundidade de onda T ($p=0,01326$) e maior proporção de simetria de onda T (66,7%) no grupo com DAC grave. **Conclusão:** A análise inicial aponta a possibilidade da existência de variações do clássico padrão eletrocardiográfico de SVE tipo *Strain* que são capazes de identificar a presença de DAC grave associada. Tais achados podem ser valiosos na indicação da cineangiogramiografia neste contexto.

	Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
QTc (ms)	477	80%	100%
Profundidade T (mm)	2,25	80%	85,71%

PO 92

Avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de marcapasso

Marianna Amorim CRUZ, Alinne Katienny MACAMBIRA, Henrique César MAIA, Lielia Malaquias da Cunha ARAUJO, José SOBRAL NETO, Carla Septmio MARGALHO

Ritmocárdio, Brasília, DF, Brasil; Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil; Ritmocárdio, Brasília, DF, Brasil

Introdução: Existem vários modos de estimulação cardíaca artificial que alteram a fisiologia elétrica e mecânica do coração de formas diferentes. Se essas alterações resultam em maior ou menor impacto na qualidade de vida ainda não está bem esclarecido. **Objetivo:** Avaliar o impacto na qualidade de vida dos modos de estimulação DDD e VVI. **Método:** Estudo retrospectivo de 70 pacientes portadores de marcapasso atendidos entre 2011 e 2013 no HBDF, Incor Taguatinga e Cardio Vida. Os pacientes foram divididos em dois grupos: portadores de MP DDD (G1) e de VVI (G2) Foram avaliados quanto a qualidade de Vida pelo SF-36, além de tempo de implante do MP, comorbidade associadas, e demais parâmetros epidemiológicos. Utilizou-se para avaliação estatística pelos testes: Qui-quadrado, Mann-Whitney, Teste T para amostras independentes e Wilcoxon com nível de significância de 0,05. **Resultados:** Dos 70 pacientes, 67% integraram o G1 e 33%, o G2. Não houve diferença estatística entre: a média da idade $66 \pm 9,89$ (G1) e $70 \pm 6,84$ (G2), o tempo de implante médio $11,04 \pm 5,53$ (G1) e $15,69 \pm 5,84$ (G2) e o gênero (18% homens (G1) e 8% homens (G2)). Houve diferença entre os grupos quanto à qualidade de vida: $G1=67,50 \pm 21,06$ e $G2=33,13 \pm 13,33$. A presença de diabetes, depressão e ansiedade também afetou significativamente a qualidade de vida. Observou-se relação inversa entre o número de comorbidades e a qualidade de vida e relação direta com o tempo de estimulação cardíaca. Os pacientes do G1 apresentaram melhores níveis de qualidade de vida e os do G2, os piores níveis ($P<0,05$). **Conclusão:** A qualidade de vida melhora com o tempo após o implante. Na população estudada, a estimulação DDD resultou em melhor qualidade de vida que o modo VVI. A associação de comorbidades impactou negativamente a qualidade de vida.

PO 93

Qualidade de vida do portador de marcapasso cardíaco definitivo: análise antes e após implante

Amanda Pavão CASTRO, Ludmilla Angelo SILVA

UPE, Paulista, PE, Brasil

Resumo: Alguns tipos de arritmias cardíacas necessitam de terapêutica não farmacológica, já que não há drogas que possam controlá-las. Dentre as formas de tratamento não farmacológico, destaca-se a estimulação cardíaca artificial. Nas últimas décadas, as intervenções em saúde têm objetivado não só prolongar a vida, como alcançar a melhoria de sua qualidade. Os marcapassos cardíacos são um exemplo dessa contribuição, em especial porque proporcionam ao paciente uma vida normal no que se refere à qualidade e ao tempo de sobrevivência. **Objetivos:** Identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes submetidos ao implante de marcapasso definitivo e comparar a qualidade de vida (QV) antes e após o implante de marcapasso. **Método:** pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, realizada em dois momentos: o primeiro, na Emergência Cardiológica do Hospital Agamenon Magalhães em Recife, onde o paciente é internado horas antes do implante do marcapasso definitivo, e o segundo, no ambulatório de arritmia, setor ao qual o paciente retorna para avaliação após o implante de marcapasso definitivo. A amostra por conveniência foi composta por 72 pacientes. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se o questionário de qualidade de vida SF-36 na primeira entrevista e no segundo momento foi utilizado o mesmo questionário, porém associado ao AQUAREL, que é um questionário específico para avaliação de qualidade de vida em pacientes portadores de marcapasso cardíaco. **Resultados:** Comparando-se a vida pré e pós-implante, segundo o SF-36, observou-se melhora significativa de QV após o implante nos domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde e saúde mental. Nos domínios vitalidade, aspecto social e aspecto emocional a QV era melhor no período anterior ao implante do MP. **Conclusão:** Houve impacto positivo na melhora da qualidade de vida após o implante MP cardíaco.

PO 95

Análise do remodelamento estrutural atrial (fibrose) em ratos com ICC pós-infarto: estudo piloto

Luis Felipe Neves dos SANTOS, Fabiola Giannattasio MARTIN, Andrey Jorge SERRA, Martha Trindade MANCHINI, Stella VIEIRA, Flavio Andre SILVA, Aparecida Mieke OKADA, Paulo Jose Ferreira TUCCI, Guilherme FENELON Unifesp, São Paulo, SP, Brasil; Uninove, São Paulo, SP, Brasil

Resumo: Pacientes com ICC pós-infarto têm maior propensão a desenvolver fibrilação atrial (FA) e a fibrose intersticial atrial contribui para o substrato da FA. Contudo, há poucos modelos de remodelamento atrial em pequenos animais. **Objetivo:** Avaliar a fibrose atrial em ratos com ICC pós-infarto. **Métodos:** 5 ratos Wistar foram anestesiados e submetidos a toracotomia para exposição do coração. Dois animais foram infartados por oclusão de coronária e 3 foram incluídos no grupo SHAM. Após 4 semanas, os animais foram sacrificados e os átrios esquerdos avaliados histologicamente pela técnica de Picrosirius com lente polarizada circular (figura), para análise quantitativa de colágeno. Um analisador cego ao estudo fotografou as lâminas ($n=10$ imagens por átrio) e avaliou o percentual de colágeno por área pelo *software Image J*. **Resultados:** Ao ecocardiograma observou-se disfunção sistólica no grupo infartado (Fr. Enc. 18 e 22%) e normal nos animais SHAM (40;45;39%). A densidade de colágeno refringente foi maior no grupo infartado do que no SHAM (30% vs. 22%; $p=0,24$; gráfico), porém sem atingir significância estatística. **Conclusão:** Os resultados deste estudo piloto sugerem que os ratos infartados desenvolvem fibrose atrial. Esse modelo experimental pode ser útil para avaliar o remodelamento estrutural atrial da ICC pós-infarto.

PO 103

Associação de métodos como estratégia diagnóstica na síncope de origem indeterminada: relato de caso

Ana Bárbara REZENDE, Ronaldo Peixoto de MELLO, Julio Cesar de OLIVEIRA, Alexandre XAVIER, Hebert Donizeti SALERNO, Mônica Iglesias FERREIRA, Danilo Cerqueira BORGES, José Silveira LAGE

UNIC/HGU, Cuiabá, MT, Brasil

Introdução: Síncope de origem indeterminada é um desafio na prática clínica. Apesar do grande arsenal diagnóstico disponível, casos sem causa estabelecida e terapêutica efetiva permanecem frequentes, mesmo após completa investigação. Descrição: mulher, 54 anos, relatando síncope havia dois meses, inclusive traumas relacionados: acidente automobilístico, queda com fratura em antebraço direito e outros episódios de curta duração, sem alterações neurológica e com rápida recuperação da consciência. Exames: ECG: BAV de 1º grau apenas; ecocardiograma e Holter 24h sem alterações; Tilt test: positivo (resposta mista), sensibilizado com nitrato oral, mas com pródromos e clínica atípica; cintilografia de perfusão miocárdica com estresse farmacológico: hipoperfusão transitória na parede anteroapical; cineangiocoronariografia (CAT): artéria descendente anterior sem lesões, segunda diagonal com lesão ostial grave, primeira septal de bom calibre e lesão ostial grave; Estudo eletrofisiológico (EEF) basal e sob efeito de isoproterenol com protocolo de estimulação atrial decremental e programada, ventricular programada com até 3 EE sem indução de arritmias complexas. Medidas: PR=201 ms, QRS=72 ms, QTc=411 ms. Recuperação do nó sinusal: 1117 ms. Observado duplo potencial no registro de His compatível com prejuízo da condução hisiana, intervalo H1H2 variável pelo protocolo de estimulação atrial e H2V fixo de 42 ms, artefato reprodutivo antes do potencial de His e padrão de H1-H2 compatível com doença do sistema de condução. Teste com adenosina 18 mg: dissociação AV de 11,9s. Oportado por implante de marcapasso dupla câmara (MP) com resolução completa dos episódios de síncope. **Discussão:** No caso descrito, exames não invasivos foram inconclusivos (apesar de a cintilografia sugerir alteração coronariana). Achados intracardíacos no EEF sugeriram doença do His (documentado dupla ativação hisiana). O teste de adenosina mostrou aumento no tempo de dissociação AV compatível com síncope por bradiarritmia. A causa foi elucidada no CAT ao mostrar lesão grave no óstio da primeira septal, certamente quem irrigava o tronco de His, causando bradicardia e culminando em síncope; resolvida com implante de MP.

PO 110

Documentação de taquiarritmias atriais em portadores de marcapasso e seu valor na mudança da prescrição para prevenção de fenômenos tromboembólicos

Fabrizio Sarmento VASSALLO, Aloyr Gonçalves SIMÕES JR., Eduardo Giestas SERPA, Hermes CARLONI, Orly de Oliveira LACERDA JR., Christiano Lemos CUNHA

Centro Especializado em Arritmias Cardíacas, Vitória, ES, Brasil

Introdução: Fibrilação atrial (FA) é causa frequente de fenômenos tromboembólicos (FTE) podendo ser a etiologia em uma de cada 6 pessoas com acidente vascular cerebral (AVC). **Objetivo:** Documentar e informar ao cardiologista assistente de pacientes portadores de marcapasso bicameral com tecnologia para diagnosticar arritmias a presença de FA através de laudo emitido em avaliação destes dispositivos e se nas próximas avaliações haveria mudança na prescrição, com introdução de anticoagulantes orais (ACO) para prevenção de FTE. **Material e Métodos:** Acompanhados 158 pacientes de 02/11 a 04/13 com um número total de 616 avaliações com média de 3,9 avaliação/paciente. Na marcação das consultas os pacientes ou familiares eram orientados a trazer consigo a última avaliação e as receitas e/ou medicamentos atualmente usados. Nas avaliações os pacientes deveriam estar lúcidos e orientados respondiam formulário padrão contendo informação livre sobre sintomas e direcionado sobre sintomatologia específica e correlata a taquiarritmias. Antecedentes: HAS em 144 (91%), dislipidemia em 80 (51%), doença coronária/vascular em 65 (41%), diabetes em 28 (18%), FTE em 17 (11%) e 9 (6%) pacientes com ICC. Idade média 77 anos, peso médio 71 kg, altura média 1,65 m, CHADS2 escore médio de 2 e CHA2DS2Vasc de 4 e HASBLED médio de 2. **Resultados:** 68 pacientes apresentaram ao menos 1 episódio de FA com duração mínima de 1 minuto em 2 avaliações com um total de 8192 com média de 120 episódios de FA/paciente com duração variando de 68 segundos a 23h34min. Dos pacientes com documentação de FA 24 (35%) receberam ACO (15 Varfarina e 9 Dabigatran), 22 (32%) mantiveram uso de antiagregantes prévios, 12 (18%) não receberam medicação, 8 (12%) dupla antiagregação e 2 (3%) mantiveram uso de Varfarina. 35 (51,5%) pacientes receberam drogas antiarrítmicas (33 Amiodarona e 2 Sotalol) e 5 encaminhados para ablação da FA. Durante seguimento 4 pacientes usando antiagregante isolado apresentaram FTE (3 AIT e 1 AVC). **Conclusão:** Apesar de CHADS2 e CHA2DS2Vasc com indicação para anticoagulação oral, a documentação e informação do número e duração máxima dos eventos de FA, houve pouca mudança na prescrição dos cardiologistas assistentes. A conduta mais frequente foi a prescrição de antiarrítmicos, manutenção ou associação de antiagregantes.

PO 111

Lipoma cardíaco e taquicardia ventricular sustentada: relato de caso

Luisa Carolina Borges KEIRALLA, Adão Bento LUCENA NETO, Jose Marco Nogueira LIMA, Halim CURY FILHO, Fernando Mello PORTO

Grupo de Arritmia Campinas, Campinas, SP, Brasil

Resumo: Paciente do sexo feminino, 24 anos, admitida na emergência com palpitações há 1 hora, associada à precordialgia e dispneia. Apresentava ao ECG, TVS (FC 220 bpm), com rápida degeneração para FV, revertida para ritmo sinusal após 4 desfibrilações com 360J. Permaneceu estável com amiodarona. Ao ecocardiograma, as medidas de câmaras, paredes e função ventricular eram normais, com presença de massa extra-cardíaca. A ressonância magnética cardíaca confirmou uma estrutura infracardíaca no espaço pericárdico, prolongando-se na porção médio-apical da parede inferior do VE infiltrando o septo interventricular, com hipersinal na sequência Double IR (semelhante à gordura) e sem realce tardio, sugerindo lipoma. A paciente foi submetida à ressecção cirúrgica de massa tumoral encapsulada de 13x13x3,8cm e 365g, no entanto, sem plano de clivagem na região septal durante o ato cirúrgico sendo impossibilitada excisão tumoral completa. O exame anatomopatológico confirmou a hipótese de lipoma cardíaco. Assim, pela possibilidade de novas taquiarritmias, foi implantado CDI e acompanhamento ambulatorial para avaliação de sintomatologia e novo crescimento tumoral. **Discussão:** O lipoma cardíaco é um tumor benigno primário muito raro, havendo descrição de aproximadamente 60 casos na literatura, sendo apenas 6 de lipoma originado no septo interventricular. Acomete igualmente gêneros e idades. É considerado uma neoplasia verdadeira encapsulada e composta por células gordurosas maduras que pode ocorrer em qualquer local do coração, devendo ser diferenciado da hipertrofia lipomatosa do septo, na qual ocorre uma deposição de gordura não encapsulada limitada ao septo. Embora benignos, apresentam potencial risco dependendo de sua localização, uma vez que estão associados a arritmias, incluindo fibrilação atrial, distúrbios de condução atrioventricular e taquicardia ventricular, sendo que na maioria dos casos são diagnosticados pós morte. No presente caso, a neoplasia manifestou-se como taquiarritmia ventricular potencialmente letal, a qual foi revertida com sucesso, possibilitando o diagnóstico e tratamento adequado, incluindo prevenção secundária de eventos arrítmicos graves.

PO 121

Comparação dos padrões de indução de taquicardia ventricular entre pacientes chagásicos e isquêmicos

Alinne Katienny MACAMBIRA, Ruitter Carlos ARANTES FILHO, Christian HIGUTI, Renato David SILVA, Camila Lara BARCELOS, Cristina Chaves GUERRA, José SOBRAL NETO, Tamer Najar SEIXAS, Carla Septmio MARGALHO, Henrique César MAIA

Hospital de Base de Brasília/Ritmocardio Centro de Tratamento do Ritmo Cardíaco, Brasília, DF, Brasil

Objetivos: Comparar as características eletrofisiológicas da indução da taquicardia ventricular entre chagásicos e isquêmicos. **Introdução:** Existem diferenças no substrato anômico que suporta a arritmia ventricular na doença isquêmica e na miocardiopatia chagásica sendo uma mais localizada e outra mais difusa. O quanto essa diferença resulta em diferentes padrões eletrofisiológicos da indução da taquicardia ventricular não está bem esclarecido. **Material e Métodos:** Foram analisadas 1500 estudos eletrofisiológicos realizados pelo grupo Ritmocardio na cidade de Brasília entre 1992 e 2012. Desse grupo foram selecionados pacientes chagásicos e isquêmicos que apresentaram taquicardia ventricular sustentada induzida no estudo eletrofisiológico. Foram coletadas informações sobre uso de drogas, os parâmetros eletrofisiológicos obtidos e o padrão de indução da arritmia. Os dados obtidos foram analisados estatisticamente por correlação de Pearson e teste Z para amostras independentes com ($p < 0,05$). **Resultados:** Foram selecionados 82 pacientes chagásicos (G1) e 19 isquêmicos (G2) (idade média de $59,7 \pm 10,9$ (G1) e $66,9 \pm 9,7$ (G2)). O ciclo de estimulação (S1) que induziu a TV não variou entre as duas amostras (60% - G1 e 63% - G2) com ciclo de 600 ms*. A indução da taquicardia ventricular com 01 extraestímulo (EE) foi mais frequente no paciente isquêmico que o Chagásico (16% x 9%) e essa diferença não se alterou pelo uso de amiodarona. Não houve diferença na média do ciclo do EE na indução de TV ($285,71 \pm 14$ ms G1 e $293 + 57$ ms G2 - com 01 EE), independentes do número de EE (S2,S3,S4). O número de EE para indução não depende do período refratário do ventrículo ($r^2 < 0,3$ para G1 e $r^2 < 0,3$ para G1) o mesmo ocorre com ciclo base de estimulação (S1) - ($r^2 < 0,3$ para G1 e $r^2 < 0,3$ para G1). O uso da amiodarona foi maior na população Chagásica (G1=59% x G2=6%), e na população isquêmica predominou os beta bloqueadores 21% x 7%. **Conclusão:** O comportamento eletrofisiológico de indução das taquicardias ventriculares de Chagas e isquêmicos são semelhantes exceto quanto a quantidade de EE que é menor no isquêmico.

PO 127

Taquicardia ventricular sustentada (TVS) idiopática com origem no músculo papilar posterior do ventrículo esquerdo: relato de caso

João Paulo Velasco PUCCI, Jose Tarcisio Medeiros de VASCONCELOS, Rafael Cardoso Jung Batista, Silas dos Santos GALVÃO FILHO, Bruno PABELBAUM, Carlos Eduardo DUARTE, Ofir Gomes VIEIRA, Claudia Karina Guarino LINS, Dalton Hespagnol do AMARAL, Deborah Miranda de VASCONCELOS

Clinica de Ritmologia Cardíaca - Hospital Beneficência Portuguesa, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: As arritmias ventriculares (AV) idiopáticas são classificadas com base no local de origem no coração. Os músculos papilares tem sido apontados como locais de origem dessas arritmias. Tais disritmias manifestam-se, na maior parte das vezes, como taquicardia ventricular não sustentada ou batimentos ventriculares prematuros. A TVS é infrequente e pouco descrita na literatura. Neste trabalho, relatamos um caso de TVS de localização em músculo papilar posterior que ilustra a dificuldade imposta pela localização dessas arritmias. **Relato do caso:** Trata-se de um paciente jovem, 23 anos, sem antecedentes, com queixa de palpitação esporádica, cujo eletrocardiograma (ECG) era sugestivo de TV fascicular. O doente foi submetido à estudo eletrofisiológico com vistas à ablação por cateter. Durante o procedimento, guiado mapeamento eletroanatômico, não foram induzidas quaisquer arritmias ventriculares, sequer identificados distúrbios de condução. Houve indução de taquicardia nodal típica, sendo a ablação realizada com sucesso. Após sete dias do primeiro procedimento, o paciente foi atendido no setor de emergência com taquicardia e sudoreses fria, apresentando o mesmo padrão eletrocardiográfico outrora registrado. Foi submetido a um segundo procedimento, desta vez com indução de taquicardia ventricular monomórfica sustentada sem instabilidade hemodinâmica cuja maior precocidade dos eletrogramas encontrava-se em região basal do VE. Não foi possível obter *pace-mapping* satisfatório estimulando-se a região com base nos eletrogramas. Após um extenso mapeamento endocárdico, somente a aplicação de alta energia por cateter não irrigado em base do músculo papilar posterior do VE foi capaz de tornar mais lento o ciclo da taquicardia e interrompê-la. Contudo, após dado por encerrado o procedimento, o paciente voltou a apresentar a arritmia ventricular sustentada, estável hemodinamicamente, com reversão espontânea durante a internação. **Conclusão:** No caso descrito, a localização intramural do foco identificado na porção basal do músculo papilar posterior foi provavelmente um fator que dificultou a ablação com sucesso da AV idiopática dessa origem, aumentando a chance de ineficácia e recorrência. Uma correlação entre a precocidade dos eletrogramas e morfologia do *pace-mapping* não pode ser observada. O uso de cateter irrigado pode ser útil nesses casos com maior chance de sucesso.

PO 128

Correlação entre arritmias cardíacas e a densidade de fibrose detectada pela tomografia em coração de pacientes com cardiomiopatia hipertrófica

Ricardo Garbe HABIB, Dalmo Ribeiro MOREIRA, Edileide Barros CORREIA, Tiago Senra SANTOS, Paulo Tarso MEDEIROS

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A estratificação de risco para morte-súbita de pacientes com cardiomiopatia hipertrófica (CH) ainda é um desafio e o principal procedimento para evitar sua ocorrência é o implante de cardiofibrilador automático (CDI). Estudos prévios mostram que a ocorrência de morte súbita em prevenção primária em paciente com CH pode variar de 1% a 6% ano. Desta maneira muitas vezes temos a indicação de CDI, mas com uma taxa de terapia apropriada baixa. **Objetivo:** Avaliar em pacientes (p) com CH e CDI implantado por prevenção secundária e primária com pelo menos um fator de risco para morte súbita a ocorrência de terapias apropriadas, inapropriadas e a correlação com as características clínicas, ecocardiográficas, e com a massa ventricular esquerda (MVE) e grau de fibrose miocárdica no ventrículo esquerdo (FM) estimada pela tomografia computadorizada de coração (TC). **Resultados:** Avaliou-se trinta pacientes com idade de 42 ± 13 anos, sendo 18 (60%) do sexo feminino, com tempo de evolução médio após implante do CDI (FU) de 977,4 dias ± 699 dias, sendo dois por indicação secundária e 28 por indicação primária. Em dois (6,6%) pacientes observou-se terapia apropriada e quatro (13,3%), terapia inapropriadas por flutter e fibrilação atrial com resposta ventricular elevada; os dois com indicação de CDI por prevenção secundária não tiveram terapia. Na comparação dos p que tiveram terapia apropriada (G1) terapia inapropriada (G2) e não tiveram terapia (G3) avaliou-se: critérios clínicos, ecocardiográficos, e tomográfico e dentre estes valores médios e desvio padrão de: tamanho do átrio esquerdo (AE) e diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo (DDVE) ao ecocardiograma, e com T.C. avaliou-se a MVE e a quantidade de FM. Resultados demonstrados na tabela abaixo:

Grupos	AE mm #	DDVE mm #	MVE grs	FM grs	FU (dias) *
G1	48 ± 5,66	45,5 ± 0,71	83,4 ± 30	0	2622 ± 1454
G2	55 ± 8,85	53,75 ± 7,18	147 ± 65,48	7,65 ± 6,8	706 ± 392
G3	43,5 ± 6,56	46,67 ± 5,44	195 ± 97,9	8,2 ± 8,5	886 ± 497

mm= milímetros; grs=gramas; *p significativo entre G1 e G3; # p significativo entre G2 e G3.

Conclusão: 1- O número de terapias apropriadas observada foi baixo, 2- Pacientes com terapias inapropriadas apresentaram maior DDVE e maior tamanho AE que os sem terapia, 3 - Os pacientes com terapia apropriada apresentaram maior tempo de seguimento em relação aos p sem terapia.

PO 130

Comparação entre motivo de consulta e diagnóstico definitivo em pacientes pediátricos atendidos em ambulatório especializado com suspeita de arritmia

Cristina Chaves GUERRA, Alinne Katienny MACAMBIRA, Yuri Caldas PESSOA, Henrique César MAIA, José SOBRAL NETO, Jairo Macedo ROCHA, Carla Septmio MARGALHO, Liélia Malaquias da Cunha ARAUJO, Edna MARQUES, Ayrton Klier PERES

HBDF/Ritmocardiologia/Hospital da Criança de Brasília, Brasília, DF, Brasil

Introdução: Muitos sintomas referidos por crianças são relacionados com possíveis causas arritmia, estes sintomas podem ser inespecíficos retardando o diagnóstico e o tratamento. **Objetivo:** Correlacionar os motivos de consulta em ambulatório de arritmia pediátrica em crianças com suspeita de arritmia e os diagnósticos realizados. **Método:** Análise retrospectiva de 1362 prontuários de atendimentos de pacientes pediátricos com suspeita de arritmia em ambulatório especializado de junho de 2005 a junho de 2013. Foram excluídos anotações incompletos, pacientes que abandonaram a investigação e maiores de 18 anos. Os pacientes foram avaliados com história clínica, exame físico, ECG e quando necessário outros **Métodos:** exames laboratoriais, Holter, teste ergométrico, Tilt test e estudo eletrofisiológico. Os parâmetros avaliados foram motivo de consulta, idade, sexo e diagnóstico definitivo. Foram comparados a queixa inicial com o diagnóstico definitivo. Análise estatística teste t student e qui-quadrado com p<0,05. **Resultados:** Foram avaliados 1319 atendimentos de 1362 (96,8%). Os motivos de consulta relatados foram: arritmia em ausculta cardíaca, taquicardia, bradicardia, precordialgia, cansaço a moderados esforços associados a taquicardia, palpitações, pré-síncope, síncope e investigação devido a ter familiar com arritmia. De todos os pacientes investigados os que tiveram diagnóstico confirmado de alguma arritmia e ou síndrome neurocardiogênica, foram 545 (41%), assim distribuídos:

Motivo de consulta	Total	Idade média (anos)	Sexo masculino	Diagnóstico
Síncope ou pré-síncope	451 (34,2%)	8,8	242 (53,6%)	189 (42%)
Taquicardia	296 (22,4%)	6,8	161 (54%)	138 (46%)
Arritmia na ausculta	279 (21,1%)	6,6	37 (13,2%)	151 (54%)
Dor precordial	137 (10,4%)	9,4	85 (62%)	11 (8%)
Bradicardia	91 (6,9%)	6,9	56 (61%)	44 (48%)
Palpitação	38 (2,9%)	8,2	15 (39,4%)	8 (21%)
Cansaço ao esforços	21 (1,6%)	9,3	17 (80,9%)	3 (14,2%)
Investigação familiar	6 (0,5%)	6,3	1 (16,6%)	1 (16,6%)

Conclusões: Houve predomínio do sexo masculino e os motivos de consulta que tiveram alto índice de correlacionar com diagnóstico de arritmias foram: arritmia na ausculta, bradicardia, taquicardia, síncope e pré-síncope. Os demais sintomas tiveram pouca correlação.

PO 133

Tratamento de taquicardiomiopatia secundária a taquicardia sinusal inapropriada com ivabradina: relato de caso

Bruno TOSCANI, Raphael Aparecido Barreto da SILVA, Renato Haviaras CANCELLIER, Nilton Cavalcanti MACEDO NETO, Michele Souza Dantas da SILVA, Dalmo Ribeiro MOREIRA

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A taquicardia sinusal inapropriada (TSI) é uma desordem idiopática, refratária ao tratamento e sua persistência pode causar taquicardiomiopatia. A intensificação das correntes de despolarização *I_f* pode ser um mecanismo envolvido na sua gênese. A ivabradina é um inibidor dos canais iônicos responsáveis pelas correntes *I_f* nas células do nó sinusal. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com TSI que evoluiu para taquicardiomiopatia, refratária ao tratamento e a sua melhora clínica após a introdução da ivabradina. **Relato de Caso:** MBP, feminino, 54 anos, desde 1989 queixava-se de palpitações frequentes. Ao exame físico a FC era de 120 bpm. O ECG confirmou a presença de taquicardia sinusal. Ao Holter-24h, a FC média era de 112 bpm, sem outras arritmias. A fração de ejeção do VE era de 67%. Os exames complementares afastaram qualquer causa secundária responsável pela taquicardia. Após perda de seguimento por 10 anos, a paciente retornou com queixa de dispnéia, classe funcional III da NYHA. O Holter apresentava FC média de 106 bpm com fração de ejeção do VE de 30%. Iniciou-se tratamento otimizado com metoprolol, furosemida, enalapril e espironolactona. O Holter com este esquema ainda mostrava FC média de 102 bpm. A digoxina foi associada ao tratamento e um novo Holter mostrou FC média de 114 bpm. Como não apresentou melhora, apesar da adição de amiodarona, foi programado tratamento ablativo do nó AV com implante de marcapasso. Optou-se antes pela administração de ivabradina 7,5 mg a cada 12 h. Com esta abordagem houve redução da FC média para 72 bpm com melhora dos sintomas. Após três meses, a digoxina e a amiodarona foram suspensas, a FC média manteve-se em 80 bpm e a FEVE em 34%, com a paciente assintomática. **Comentários:** Aqui demonstra-se o benefício da ivabradina na redução da frequência cardíaca e a melhora clínica numa paciente com taquicardiomiopatia secundária a TSI. A melhora significativa da função ventricular, entretanto, não foi observada com o período de seguimento de 3 meses. **Conclusão:** A TSI persistente pode causar taquicardiomiopatia e a ivabradina é uma opção útil no tratamento destes pacientes.

PO 136

Taquicardia de QRS largo em pós operatório tardio de correção de cardiopatia congênita

Cecília Monteiro Boya BARCELLOS, Silas dos Santos Galvão FILHO, Jose Tarcisio Medeiros de VASCONCELOS, Bruno PAPELBAUM, Carlos Eduardo DUARTE, Claudia Karina Guarino LINS, Rafael Cardoso Jung BATISTA, Dalton Hespanhol do AMARAL, Deborah Miranda de VASCONCELOS, Joao Paulo Velasco PUCCI

Medcardio - Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; Clínica de Ritmologia Cardíaca - Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A presença de taquiarritmias em crianças no pós operatório tardio de cirurgia cardíaca para correção de cardiopatias congênitas, na maioria das vezes são consequentes a cicatrizes cirúrgicas, porém a investigação detalhada faz-se necessária para não incorrerem em erro diagnóstico. **Relato do caso:** Criança de 9 anos, previamente hígida, durante brincadeira na piscina apresentou quadro de dor precordial associada a náuseas e tontura. No trajeto até o hospital apresentou crise convulsiva sendo admitido em período pós comicial, com taquicardia de QRS Largo (FC de 235) e sem pulso. Foi submetido a desfibrilação transtorácica 2J/kg com retorno imediato ao ritmo sinusal. Possuía antecedente de correção de CIA+ClV aos 2 meses de idade, já tendo recebido alta, sem uso de medicação. O ecocardiograma revelou pós-operatório tardio de atresioseptoplastia e ventriculoseptoplastia, com disfunção discreta do VE. Foi encaminhado ao serviço para estudo eletrofisiológico invasivo (EEI) e possível ablação. O EEI foi normal, sem indução de nenhum tipo de taquiarritmia. Optou-se pela realização de ressonância nuclear magnética para avaliação de prováveis áreas de fibrose. A RNM revelou VD discretamente dilatado, dilatação moderada do VE com acentuada trabeculação com aspecto de não compactação e hipocinesia na parede lateral do VE, apresentando também, na parede apical do VE e na porção de parede lateral muito finas e discinéticas. Defeito de perfusão miocárdica na parede lateral do VE e perda de viabilidade/fibrose com extensão transmural no ápice e na parede lateral do VE. Em decorrência da história clínica progressiva realizou-se cateterismo cardíaco para descartar evento isquêmico com sequelas, que se mostrou normal. Definido Miocárdio não compacto como responsável da arritmia ventricular maligna. Diante do quadro, foi realizado implante de cardioversor implantável para prevenção secundária de morte súbita, mantido com carvedilol e amiodarona. **Conclusão:** As taquiarritmias de QRS alargado em crianças são um desafio e devem ser sistematicamente pesquisadas. Uma investigação completa é necessária para o diagnóstico efetivo.

PO 138

Simpatectomia em pacientes com canalopatias - experiência e resultados iniciais

Patrícia Caldas OLIVEIRA, Francisco DARRIEUX, Luciana SACILOTTO, Patrícia GERMANO, Denise HACHUL, Eduardo Argentino SOSA, Tan Chen WU, Mauricio SCANAVACCA

Incor, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: As canalopatias com dependência adrenérgica podem ser desafiadoras no seu tratamento, em especial nos pacientes refratários ou com contra-indicação a betabloqueador (BB). A terapêutica com cardioversor (CDI) é discutível, especialmente em assintomáticos. **Objetivo:** O objetivo do relato é ressaltar a importância de alternativas ao controle de taquiarritmias em pacientes refratários ao tratamento usual das canalopatias. Método e descrição: Relatamos dois casos de pcts submetidos à simpatectomia para controle de taquiarritmia. Caso 1: G.C.B.R., 16 anos, sexo feminino, foi encaminhada em 2005 para avaliação de taquicardia ventricular (TV) detectada em ECG, sem sintomas e com história familiar de TV não sustentada polimórfica. Em 2006, foi internada para realização de estudo eletrofisiológico, que não induziu arritmias. Nessa ocasião iniciado BB. Descartada cardiopatia estrutural e evidenciado no esforço TVNS polimórfica, corroborando hipótese de TV catecolaminérgica. No seguimento, foi verificado QTc longo e aventada possibilidade de *overlap*. Manteve palpitações aos esforços, sendo otimizada dose de propranolol e associado verapamil, depois trocado por propafenona. Persistiu com densidade elevada de TVNS, porém assintomática e indicado simpatectomia torácica videotorascópica bilateral (STVB). Evoluiu após procedimento com Síndrome de Claude-Bernard-Horner, com reversão na evolução. Apresentou melhora das arritmias nos últimos exames de Holter e permanece assintomática. Caso 2: M.A.B., 12 anos, sexo masculino, acompanhado desde 2009 por síncope recorrentes desde os 5 anos. A avaliação inicial revelou bradicardia sinusal e QTc de 578 ms. Iniciado propranolol e implantado CDI. O paciente evoluiu com três choques apropriados no primeiro ano de acompanhamento e posterior estabilização. Há 17 meses voltou a apresentar choques apropriados e comprometimento da qualidade de vida. Apresentava comportamento mais retraído, com medos imotivados e dificuldade para integração escolar. Considerando o quadro e uso de dose máxima de BB, optou-se por indicar STVB, que transcorreu sem intercorrências e houve resposta satisfatória. Não houve terapias apropriadas pelo CDI no seguimento. **Conclusão:** O procedimento trouxe benefícios significativos aos dois pacientes descritos, não sendo registradas terapias por arritmias espontâneas durante o tempo de acompanhamento.

PO 139

Relato de caso de paciente super-responder segundo Madit - CRT

Rafael DIAMANTE, Rodrigo B. VISCONTI, Henrique H. VELOSO

Hospital Adventista Silvestre, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A terapia de ressincronização cardíaca (TRC) está estabelecida para o tratamento da insuficiência cardíaca (IC) avançada de pacientes com disfunção ventricular grave e refratários ao tratamento farmacológico convencional. Apesar do avanço desta terapia, cerca de 30% dos pacientes não respondem satisfatoriamente. Por outro lado, existe um grupo seleto de pacientes (cerca de 20%) que apresenta uma resposta exacerbada, denominados super-respondedores, caracterizados por incremento da fração de ejeção >15%, redução dos diâmetros do ventrículo esquerdo (VE) >15% e melhora da classe funcional nos primeiros 6 meses pós implante. **Relato de Caso:** Mulher, 78 anos, com índice de massa corpórea (IMC) de 20 Kg/m², portadora de cardiopatia isquêmica com passado de infarto agudo do miocárdio (IAM), revascularização miocárdica prévia (cirúrgica e percutânea), NYHA III, com tratamento clínico otimizado e com 5 internações por IC descompensada nos últimos 4 meses. ECG: ritmo sinusal, BAV do 1º grau (250 ms), BRE (170 ms). Ecocardiograma: átrio esquerdo (AE) 44 mm, fração de ejeção (FE) 28% (Simpson), diâmetro diastólico final do VE (DDVE) 75 mm, dissincronismo intraventricular de 175ms e interventricular de 58 ms. Holter: ritmo sinusal, arritmia ventricular frequente, episódios de taquicardia ventricular não-sustentada de até 20 batimentos. Ressonância magnética: AE 46mm, FE 24%, DDVE 77mm e realce tardio de 14% da massa do coração. Realizado o implante do cardioversor implantável-ressincronizador (CDI-BIV) com posicionamento do eletrodo do VE foi através do seio coronariano em ramo posterior, com bons parâmetros intra-operatórios. Resultado: No seguimento de 3 meses, a paciente evoluiu com classe funcional NYHA I, sem internações hospitalares. O ecocardiograma de controle demonstrou FE 44% e DDVE 61 mm. Foi retirado diurético da prescrição. **Conclusões:** O seguimento do MADIT-CRT (Hsu *et al.* JACC 2012;59:2366-73) identificou recentemente 6 previsores pré-implante para super-respondedores: sexo feminino, história negativa de IAM, QRS>150 ms, BRE, IMC<30 Kg/m² e pequeno volume de AE. No caso descrito, com exceção da história de IAM, a paciente apresentou todos os demais previsores de super-respondedores.

PO 140

Taquicardia ventricular incessante: apresentação rara de tumor cardíaco na infância

Ieda Prata COSTA, Camila Pinto CAVALCANTE, Klebia Castelo BRANCO, Isabel Cristina Leite MAIA, Jeanne Araujo Bandeira GOMES, Waldemiro CARVALHO JUNIOR, Valdester Cavalcante PINTO JUNIOR, Pedro Emanuel Barros TAVARES

Hospital de Messejana, FORTALEZA, CE, Brasil

Resumo: Os tumores cardíacos primários são raros, sendo cerca de vinte vezes menos frequentes que tumores metastáticos do coração. A prevalência dos tumores benignos atinge 70 a 75%, sendo os mixomas os mais comuns na idade adulta. Na infância, os tumores primários são ainda mais raros, com predomínio dos rhabdomiomas e fibromas. A manifestação clínica é determinada pela localização do tumor, e não por sua histopatologia, podendo ter como mecanismos fisiopatológicos: embolização, obstrução mecânica, acometimento do aparelho valvar e mesmo a invasão direta do miocárdio, causando alteração de contratilidade, arritmias ou efusões pericárdicas. Este trabalho objetiva o relato de caso de JTFN, dois anos, masculino, assintomático, que em investigação ambulatorial de sopro cardíaco teve diagnóstico clínico inicial de taquicardia. Solicitado Holter, foi evidenciado taquicardia ventricular incessante. Internado pela arritmia, realizou ecocardiograma que constatou massa intramiocárdica. Tomografia de tórax contrastada confirmou diagnóstico de tumor em ventrículo esquerdo. Considerando a dificuldade em controlar a arritmia ventricular mesmo após dose alta de antiarrítmico da classe III, optou-se por tratamento cirúrgico com brevidade. Durante cirurgia, achado principal foi massa de seis centímetros no maior diâmetro, bem delimitada, em parede de ventrículo esquerdo. Realizada exérese sem intercorrências, paciente evoluiu clinicamente bem. Biópsia da peça foi compatível com fibroma. Em Holter pós operatório, as arritmias já não se fizeram mais presentes. Paciente recebeu alta com dose mínima de antiarrítmico e segue em acompanhamento. Conclui-se com este relato, portanto, que em casos de instabilidade elétrica decorrente de alteração cardíaca mecânica, a correção da mesma configura o tratamento de eleição da arritmia.

PO 143

Avaliação de pacientes que persistiram com QRS largo (>150 ms) após terapia de resincronização cardíaca

Claudia Karina Guarino LINS, Silas dos Santos GALVÃO FILHO, Jose Tarcisio Medeiros de VASCONCELOS, Carlos Eduardo DUARTE, Bruno PAPELBAUM, Joao Paulo Velasco PUCCI, Ofir Gomes VIEIRA, Rafael Cardoso Jung BATISTA, Deborah Miranda de VASCONCELOS, Dalton Hespagnol do AMARAL

Clinica de Ritmologia Cardíaca - Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O estreitamento do QRS é esperado após terapia de resincronização cardíaca (TRC) com intuito de se obter melhora na dissincronismo cardíaco e, consequentemente, resposta clínica. Alguns pacientes respondedores à TRC, entretanto, persistem com QRS alargado e, não obstante, evoluem satisfatoriamente. **Objetivo:** Avaliar a evolução dos pacientes que persistiram com QRS alargado pós TRC e observar prevalência de resposta clínica. **Material e Métodos:** Foram coletados dados retrospectivos de 201 pacientes sendo que 27 (13,5%) apresentavam QRS >150ms. Dos pacientes com QRS largo após TRC, 18 (66,6%) eram do sexo masculino, com idade média de 64 anos (+/- 8). O segmento médio foi de 25 meses. As etiologias das cardiopatias eram: 12 (44,4%) idiopáticas, 6 (22,2%) isquêmicas, 5 (18,5%) chagásicos, sendo os demais (4) portadores de outras etiologias. Todos estavam recebendo terapia medicamentosa otimizada para insuficiência cardíaca (IC). **Resultados:** Dos 27 pacientes, 17 (63%) foram considerados respondedores. O critério para se considerar respondedor foi apresentar pelo menos 2 dos seguintes critérios: 1- melhora de pelo menos 1 ponto na classe funcional; 2- melhora de pelo menos 10% na fração de ejeção; 3- redução de pelo menos 10% no diâmetro diastólico do VE (eco). Dois pacientes apresentaram super-resposta a TRC com normalização da função ventricular. **Conclusão:** De acordo com nossos dados a obtenção de QRS estreito não parece ser o único preditor de resposta à TRC. A resincronização nos pacientes com QRS >150 ms pode ter sido obtida não pela antecipação da parede, mas por um atraso na despolarização ventricular.

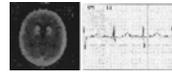
PO 147

Síndrome do QT longo secundário a hipoparatiroidismo e D. Farh

José Barros de ALMEIDA FILHO, Gustavo Dias PRUTCHANSKY, Leoncio Bem SIDRIM, Aline de Almeida ARRUDA, Alexandra Cosma Luiz PEQUENO, Anderson Menezes CAVALCANTI

Faculdade Ciências Médicas - UPE - Campus Garanhuns, Garanhuns, PE, Brasil

Fundamento: A Síndrome do QT Longo é uma doença caracterizada por um atraso na repolarização ventricular, que se manifesta desde uma síncope cardíaca até morte súbita. Sua etiologia varia entre as formas congênicas e a adquiridas. A hipocalcemia é uma causa de QT longo adquirido, tendo com uma das etiologia o hipoparatiroidismo, no qual o quadro crônico pode determinar calcificação em núcleos da base no sistema nervoso central, caracterizando a Doença de Fahr, distúrbio neuropsiquiátrico raro que manifesta-se por alterações do movimento, demência subcortical e alterações do humor. O uso inadvertido de drogas que prolongam o QT para convulsões e depressão podem aumentar o risco de arritmias fatais. Descrição: ISC, feminino, 71 anos, referiu episódio de perda súbita da consciência associado a movimentos tônico-clônicos e relaxamento esfinteriano. Foi realizado EEG=com sinais irritativos frontal a esquerda e desorganização difusa do traçado. Foi iniciado tratamento para depressão e convulsão com carbamazepina e paroxetina. Também fazia uso de valsartam, indapamida, levoritoxina. Encaminhado ao cardiologista, os achados do exame físico foram bradipsiquismo, sinal de Trousseau positivo. Foi realizado ECG que mostrou alargamento do segmento QTc em 0,57" pela fórmula de Bazett. Na história pregressa, apresentava tireoidectomia parcial à direita havia 20 anos, hipotireoidismo e hipertensão arterial. A análise da TC crânio antiga mostrou densos componentes calcificados nas regiões dos gânglios da base. A USG de tireoide revelou lobotectomia à direita. O diagnóstico de hipoparatiroidismo foi sugerido pelos sintomas de fadiga, sonolência, sinal de Trousseau positivo e doença de Farh pelo achados tomográficos, confirmado por exames que demonstraram hipocalcemia significativa, hiperfosfatemia e níveis reduzidos de PTH. Foi-lhe prescrito carbonato de cálcio e calcitriol. Suspendeu-se o antidepressivo por interferir no intervalo QT. Após seis meses de tratamento observou-se a dosagem sérica de cálcio e fósforo dentro dos parâmetros normais. O QTc em novo ECG foi de 0,48". **Conclusão:** Por se tratar de um quadro insidioso, o diagnóstico de hipoparatiroidismo é dificilmente aventado na consulta clínica, principalmente com quadro doença de Fahr e uso inadvertido de drogas para convulsão e depressão que interferem no intervalo QT e podem aumentar o risco de arritmias fatais.



PO 151

Interferência eletromagnética documentada em monitor de eventos implantável. Relato de um caso

Bruno Pereira VALDIGEM, Marcia MAKDISSE, Hindalis Ballesteros EPIFANIO, Flavio BRITO, Fernanda MOTA, Guilherme FENELON, Fatima Dumas CINTRA

Centro de Arritmias Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Dispositivos implantáveis estão cada vez mais presentes em nossa realidade. O estado clínico dos pacientes portadores do dispositivo e as capacidades dos geradores e eletrodos atuais permitem maior longevidade dos pacientes. Com o envelhecimento aumenta a probabilidade da coexistência de comorbidades que justifiquem o uso de ressonância magnética, anteriormente proscria em pacientes com marcapassos e CDI. Hoje uma nova geração de dispositivos onde o uso RMN é condicional está disponível. As características das interferências eletromagnéticas no entanto, não foram adequadamente descritas em literatura. **Relato de Caso:** Homem, 64 anos, Hipertenso, DPOC, portador de síncope após tosse de repetição sem melhora com tratamento clínico. ECG com bloqueio atrioventricular de primeiro grau. Holter, ecocardiograma e tilt teste dentro da normalidade. Foi optado pelo implante de monitor de eventos para melhor elucidiação do quadro (Fig 1). O monitor documentou pausa em assistolia de 5 segundos, associada à síncope. Foi optado pela retirada do dispositivo e implante de marcapasso bicameral. Antes do implante, no entanto, foi realizada RMN de pelve e abdome para acompanhamento de neoplasia prostática. O monitor de eventos permaneceu ligado durante todo o exame, documentando ritmo que foi interpretado como taquicardia ventricular de acordo com os parâmetros programados (Fig 2). O paciente permaneceu monitorizado durante todo o evento, e manteve ritmo regular, comprovando a interferência. **Conclusão:** A interferência eletromagnética em dispositivos implantáveis pode ser erroneamente interpretada como arritmias graves. O reconhecimento da interferência é de suma importância para a condução do caso.



PO 153

QT longo desmascarado pelo uso de fluoxetina, induzindo fibrilação ventricular recorrente: um relato de caso

Claudia Karina Guarino LINS, Silas dos Santos GALVÃO FILHO, Jose Tarcisio Medeiros de VASCONCELOS, Bruno PAPELBAUM, Carlos Eduardo DUARTE, Rafael Cardoso Jung BATISTA, Ofir Gomes VIEIRA, Elizandra Tiso Vinhas GOULART, Joao Paulo Velasco PUCCI, Maykyol Avaroma MELGAR

Clinica de Ritmologia Cardíaca - Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Síndrome do QT longo (SQTL) é uma doença cuja manifestação inicial pode ser a morte súbita desencadeada por situações de estresse físico ou emocional. O seu diagnóstico por vezes é difícil e é sabido que alguns fármacos podem propiciar seu aparecimento no eletrocardiograma de superfície. **Relato de Caso:** Relatamos caso de mulher aos 24 anos internada para realização de litotripsia extracorpórea devido a nefrolitíase, sem comorbidades previamente conhecidas e com exames pré-operatórios normais. Foi submetida a procedimento sem intercorrências, tendo evoluído, contudo, com fibrilação ventricular (FV) recorrente 24 horas após. Na terapêutica de reanimação foi utilizada amiodarona para controle dos episódios, porém o eletrocardiograma em períodos de ritmo sinusal evidenciava alargamento significativo do intervalo QT (580 ms, corrigido). Foi realizada, então, suspensão da amiodarona, iniciada lidocaína e implante de marcapasso provisório mantendo-se frequência cardíaca média de 100 ppm devido à ausência de resposta às medidas tomadas. Investigação posterior revelou que a paciente fazia uso de fórmula para emagrecimento que continha várias substâncias em sua composição, dentre elas fluoxetina, fármaco de classe sabidamente relacionada à síndrome do QT longo (inibidores seletivos da recaptação de serotonina - ISRS). A terapêutica definitiva adotada foi o uso de betabloqueador e implante de cardiodesfibrilador como prevenção secundária de morte súbita. **Conclusão:** Há poucos relatos de QT longo induzidos por ISRS na literatura, sendo os mais citados citalopram e escitalopram. Uma vez que é grande o número de pacientes que fazem uso dessa classe farmacológica, a avaliação do eletrocardiograma antes e durante seu uso se faz importante.

PO 158

Fast tilt test, tras un nuevo paradigma en síncope vasovagal

Ariel Omar ESTEVEZ, Alejandro María VILLAMIL, Yenifer TORRES, Carlos PERONA, Javier MARIANI, Cesar Caceres MONIE

Hospital Santojanni, Buenos Aires, Argentina

Introducción: En 2009 publicamos la utilidad del retraso de la onda de pulso carotídea (RPC) durante Tilt Test (TT) para predecir precozmente su resultado en pacientes (p) con síncope (S). En 2011 lo confirmamos en un estudio multicéntrico sobre 100 p con S y 30 voluntarios (V). El objetivo actual es analizar la utilidad del RPC prescindiendo de camilla de inclinación, designado Fast Tilt Test, para predecir historia de S vasovagal en V deportistas. **Métodos:** Previa firma de consentimiento, 30 V completaron un registro consignando antecedentes de S, sus características, enfermedades y tratamientos, permaneciendo sus datos ciegos. Seguidamente, se registró mediante polígrafo digital diseñado especialmente, el RPC tras el cambio de decúbito durante 3', comparando sus resultados con historia de S. El análisis estadístico comparó la distribución de variables entre grupos utilizando el test de Fisher y el de Student. La capacidad predictiva del RPC sobre el antecedente de S se evaluó mediante construcción de curva COR, calculándose el área bajo la curva como medida de capacidad predictiva. Se seleccionó el valor con mejor capacidad predictiva para calcular valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN). Una $p < 0,05$ fue significativa. **Resultados:** Fueron estudiados 30 V deportistas con edad media de 48 años (34-60), 20 hombres y 10 mujeres, 5 de ellos hipertensos leves. Siete V consignaron historia de S con una media de scores de Calgary y Sheldon de 2,14 (0-5) y 2,57 (1-5) respectivamente. El RPC fue igual o superior a 20 msec en 10 V, valor que resultó con 100% de sensibilidad y 87% de especificidad con un área bajo la curva COR=0,90 (IC 95% 0,79 a 1,00) VPP del 100% y VPN del 87%. **Conclusiones:** El análisis de los resultados sobre una población homogénea de V deportistas demostró que el RPC, registrado durante el simple cambio de decúbito, identificó en 3' correctamente a los V con historia de S vasovagal, con 100% de sensibilidad y 87% de especificidad. El Fast Tilt Test, un simple e inocuo test de bajo costo representa una nueva herramienta en el manejo de p con S vasovagal.

PO 159

Impacto negativo da fibrilação atrial pós-operatória na sobrevida após cirurgias cardíacas

Vitor Tavares PAULA, Pedro Victor Alcântara da COSTA, Rafaela Santos MAFALDO, Julio Cesar Vieira de SOUSA, Rosiane Viana Zuza DINIZ

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, NATAL, RN, Brasil

Introdução: A fibrilação atrial (FA) ocorre após 15 a 50% das cirurgias cardíacas, preponderantemente em procedimentos de troca valvar. Trata-se de evento associado à hospitalização prolongada, complicações tromboembólicas, insuficiência cardíaca e considerável mortalidade. O impacto da FA na sobrevida pós-cirúrgica carece de investigações consistentes e específicas, especialmente no âmbito brasileiro. **Objetivos:** Analisar a mortalidade em indivíduos acometidos por FA no pós-operatório (FAPO) de cirurgias cardíacas, comparando-a com a dos pacientes que se mantiveram em ritmo sinusal pós-operatório (RSPO). **Métodos:** Estudo descritivo, transversal e retrospectivo, que explorou dados da totalidade de cirurgias cardíacas realizadas entre 2006 e 2010 em serviço de referência no Rio Grande do Norte (RN). Procedimentos como revascularização miocárdica, trocas valvares, aneurisectomia de ventrículo esquerdo e correções de comunicações intracardíacas foram considerados. Excluiu-se os pacientes menores de 18 anos de idade, com FA crônica ou que cursaram com óbito no transoperatório. A análise inferencial dos dados foi realizada no programa SPSS 20.0. **Resultados:** Foram analisados 223 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca no período referido, sendo 61,4% homens e 38,6% mulheres, com idade média de $58,9 \pm 14,6$ anos, predominantemente de baixa escolaridade e do interior do RN. A mortalidade global foi de 10,3% (N=23), sendo maior no grupo FAPO em relação ao RSPO - 16,1% (N=5) e 9,38% (N=18), respectivamente ($p=0,001$). Não houve diferença em relação ao tempo de permanência hospitalar nos dois grupos. **Conclusões:** A fibrilação atrial no pós-operatório de cirurgia cardíaca está associada a maior mortalidade hospitalar. Além disso, desfechos desfavoráveis na sobrevida em pós-operatório de cirurgias cardíacas são mais comuns no grupo FAPO, quando comparado ao grupo RSPO. Frente a esta constatação, estudos mais detalhados são necessários para a caracterização minuciosa da mortalidade intrinsecamente relacionada à FA, para que se busque estratégias de melhora na sobrevida.

PO 160

Síncope vasovagal em portador de HIV - relato de caso

Jeanderson Rodrigo de OLIVEIRA, Silas dos Santos GALVÃO FILHO, Jose Tarcisio Medeiros de VASCONCELOS, Bruno PAPELBAUM, Carlos Eduardo DUARTE, Ofir Gomes VIEIRA, Rafael Cardoso Jung BATISTA, Joao Paulo Velasco PUCCI, Marcos Cesar V. de ALMEIDA, Claudia Karina Guarino LINS

Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é sabidamente uma das causas de doença cardíaca adquirida. Há uma variedade de anormalidades cardíacas associadas à infecção pelo HIV, dentre elas a disfunção autonômica. Pacientes infectados pelo HIV têm uma maior prevalência de disfunção autonômica em comparação com o população geral e o desequilíbrio autonômico tem sido relatado em indivíduos infectados pelo HIV. disfunção autonômica foi relatada em 97% dos doentes com HIV não tratadas na África, correlacionando-se com a progressão e gravidade da doença. **Objetivo:** Relatar caso de paciente portador de HIV em tratamento com carga viral indetectável e síncope vasovagal com resposta cardioinibitória e sua evolução após implante de marcapasso definitivo. **Conclusão:** Pacientes com imunodeficiência podem padecer de alterações cardiológicas, incluindo disfunção autonômica. O tratamento dessa condição é variado, porém o implante de marcapasso definitivo deve ser considerado em casos selecionados.

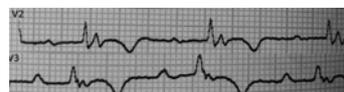
PO 162

Displasia arritmogênica do ventrículo direito - relato de caso

Ricardo Coimbra GARCIA, Lines Ferreira PERÍGOLO, Sheila Pedroso PARRERA, Maria Fernanda Freitas de FIGUEIREDO, Sâmela de Moraes SEGÓVIA, Frankel Márcio Alves BRANDÃO, Vitor Sana de Camargos MARIANO, Ricardo Romie JARDIM, Roberto Magno Vieira de OLIVEIRA, Flávia Santos Guimarães MACHADO

Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil

Resumo: Paciente de 47 anos, do sexo masculino, sem comorbidades, com relato de morte súbita em irmão jovem. Apresentou quadro de palpitações, dor torácica opressiva e ventilatório-dependente, com duração de minutos, durante atividade esportiva. Realizado teste ergométrico com alterações eletrocardiográficas sugestivas de isquemia. Optado, então, por cineangiocoronariografia que não evidenciou ateromatose significativa. Após o exame evoluiu com precordialgia, dispneia e palpitações. ECG: taquicardia ventricular (TV) monomórfica sustentada com padrão de bloqueio de ramo esquerdo, revertida a ritmo sinusal com amiodarona. Foi então internado para extensão propedéutica, ECG após reversão da TV evidenciou bloqueio de ramo direito, ondas epsilon, QRS >110 ms e onda T negativa em precordiais direitas (vide imagem 01). Ecocardiograma FEVE 61% AE 32 DDF 52 DSF 35 PSAP 22, câmaras direitas com dimensões aumentadas em grau moderado. RNM: AD e VD dilatado e hipocinético, diâmetros aumentados em grau leve e contratilidade levemente diminuída em repouso. **Discussão:** Apesar das alterações da RNM não evidenciarem um padrão típico de displasia arritmogênica do ventrículo direito (DAVD), com presença de dilatações aneurismáticas, áreas discinéticas ou de realce tardio (fibrose) e/ou de substituições de gordura, esses exames associados a história clínica permitiram o diagnóstico de DAVD pelos critérios da Sociedade Europeia de Cardiologia. Após definição diagnóstica o paciente foi submetido ao implante de cardiodesfibrilador (CDI) para prevenção de morte súbita. **Conclusão:** A DAVD é uma entidade anatomo-clínica que deve ser lembrada como um causa importante de morte súbita principalmente em jovens e atletas. Por ser tratar de uma doença com características genéticas é importante também a investigação e acompanhamento dos familiares.



PO 163

Evolução de bloqueio atrioventricular em paciente submetido a implante de valva aórtica transvenosa (IVAT): superestimamos a necessidade de marcapasso?

Gustavo Lara MOSCARDI, Marcus Vinicius Nascimento SANTOS, Pedro Rocha PANIAGUA, Fabio Feuerharmel GIUSEPPIN, Andre ZANATTA, Simone Nascimento SANTOS, Paula MACEDO, José Roberto BARRETO, Benhur Davi HENZ, Luiz Roberto LEITE

Instituto Brasilia de Arritmia/Centro de Tratamento Cardiovascular, Brasília, DF, Brasil

Resumo: J.L.M.Pereira, 78 anos, HAS, DAC, RM (ATIA-DA) havia 8 anos, ex-tabagista, com Ca bexiga em investigação, encaminhado para avaliação de Estenose Aórtica grave com indicação cirúrgica. Ecocardiograma: AE=44 mm, DDVE=53 mm, massa VE=304 g, gradiente aórtico máximo=72 mmHg, médio=50 mmHg, área valvar=0,9 cm², PSAP=44 mmHg e FE=39%. Cate demonstrou estenose aórtica grave, com grad VE-AO=50 mmHg, com coronárias com lesões difusas graves, com artérias finas, com ATIE com bom fluxo. Foi optado pelo IVAT pelo alto risco cirúrgico. O procedimento foi realizado com a prótese CoreValve sem intercorrências. No 1 PO evoluiu com sangramento vesical e retenção urinária, dor significativa no trato urinário, nesse momento ao ECG ritmo sinusal, BRE intermitente, associado à BAV de Segundo Grau do tipo 2, com evidencia de melhora do BRE com o atraso da condução AV, que sugeria localização nodal. Como paciente de alto risco de BAV de alto grau, foi tratado com MP provisório, com sondagem vesical de demora com irrigação contínua. Foi submetido a cistoscopia que evidenciou lesão sésil com sangramento ativo e foi realizada hemostasia direta. Com a melhora da obstrução urinária, o paciente apresentou melhora do ritmo, porém ainda com BAV de primeiro grau e com BRE, ainda classificado como de alto risco de apresentar necessidade de MP segundo estudos não-randomizados. Como existem divergências nessas indicações e devido ao alto valor preditivo positivo e negativo do EEF em lesões agudas do sistema de condução, particularmente extrapolando-se dados dos pacientes estudados em IAM, optou-se pela realização desse para avaliar a indicação de implante de MP definitivo. O EEF demonstrou intervalo HV de 45 ms, com prova com procainamida negativa, e com estimulação programada sem indução de Bloqueio avançado ou arritmias. No momento, o implante de MP foi contraindicado. O paciente retornou após 30 dias em consultório com resolução do Bloqueio de Ramo Esquerdo e do Bloqueio atrioventricular de primeiro grau, assintomático e com grande melhora funcional, com Holter sem BAV e sem BRE. Segue assintomático em acompanhamento ambulatorial. Este caso ilustra a incerteza da indicação de MP definitivo precocemente após o IVAT.

PO 167

Longevidade dos marcapassos no mundo real

Ofir Gomes VIEIRA, Silas dos Santos GALVÃO FILHO, Jose Tarcisio Medeiros de VASCONCELOS, Bruno PAPELBAUM, Carlos Eduardo DUARTE, Rafael Cardoso Jung BATISTA, João Paulo Velasco PUCCI, Claudia Karina Guarino LINS, Fernanda Cappi SANTOS, Deborah Miranda de VASCONCELOS

Clínica de Ritmologia Cardíaca - Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Existem na literatura poucos trabalhos demonstrando a real longevidade dos dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis. Em relação aos marcapassos, a longevidade estimada pelos fabricantes nem sempre é alcançada. **Objetivo:** Avaliar a longevidade dos marcapassos cardíacos na prática clínica e se existem diferenças entre as diversas indústrias. **Material e Método:** Foram analisados os prontuários de 231 pacientes submetidos a troca eletiva de gerador por desgaste natural da bateria entre 2008 e 2012. Comparou-se o tempo médio de duração dos marcapassos de pacientes acompanhados em nosso serviço com aqueles que nos foi encaminhado para troca de gerador, acompanhados em outros serviços. Comparou-se também o tempo médio de duração dos marcapassos entre as diferentes indústrias. A idade média dos pacientes foi de 59 anos (±5,6), sendo 104 (45%) do sexo masculino e 127 (55%) do sexo feminino. 160 pacientes (69%) eram acompanhados regularmente em nossa clínica enquanto que 71 pacientes (31%) foram encaminhados de outros serviços. **Resultados:** A longevidade média dos marcapassos de pacientes acompanhados em nossa clínica foi de 9,3 anos (±2,3) enquanto que a dos marcapassos oriundos de outros serviços foi de 8,7 anos (±1,15). A indústria que apresentou a maior longevidade de seus dispositivos foi a Guidant/Boston (8,85 anos ± 1,42), seguida pela Medtronic (7,4 anos ± 0,27), St. Jude Medical/Pacesetter (7 anos ± 0,1) e Biotronik (6,7 anos ± 2,33). **Conclusão:** Baseado nesses dados, concluímos que pacientes portadores de marcapasso e em seguimento periódico regular apresentaram maior longevidade de seus dispositivos e que não houve diferenças importantes de longevidade entre as principais indústrias.

PO 169

Análise da associação entre os exames de coagulação e adesão nos pacientes em uso de dabigatrana na fibrilação atrial - experiência inicial

Francisco DARRIEUX, Célia C STRUNZ, Talita Ayres BARBOSA, Vanessa M SILVA, Luciana SACILOTTO, Tan Chen WU, Cristiano Faria PISANI, Sissy MELO, Denise HACHUL, Mauricio SCANAVACCA

Incor - HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Fundamentos: A dabigatrana (Db) é um dos novos anticoagulantes orais (NOAC) aprovados na FA. Uma das vantagens descritas dos NOAC em relação à warfarina (W) seria o fato dos pcts não necessitarem de monitorização rotineira. Compreender as variáveis que estes NOAC podem ter em relação aos exames de anticoagulação (AC), bem como a experiência de mundo real, acaba sendo necessária para fundamentar as condutas, incluindo a percepção de aderência ao tratamento. **Objetivo:** Descrever experiência inicial com a aderência ao uso de Db em pacientes com FA e fatores de risco para AVC/TE, considerando os exames de AC. **Métodos:** No período de março/12 a julho/13 foram incluídos pacientes para uso de Db, que preenchessem critérios devido ao mau controle de INR, opção, sangramento prévio com W ou para a CVE (seguido do uso crônico por risco de AVC elevado). As doses (150 mg ou 110 mg, 2x dia) foram escolhidas conforme o *Clear de Creat*, idade (acima de 75 anos) ou concomitância de drogas. Neste período, foi feita uma coleta de sangue desses pacientes, por amostragem aleatória, desde que tivessem informado terem feito uso até três horas da Db. Foram avaliados os seguintes exames: tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA em segundos e relação paciente/normal), tempo de tromбина (TT), tempo de protrombina (TP), atividade de protrombina (AP), INR e hemoclor. Os dados paramétricos e não paramétricos foram avaliados para as associações estatísticas. **Resultados:** Dos 177 destes pacientes que faziam uso de Db, 97 (55%) estavam com dose de 150 mg 2xd e 80 (45%) com 110 mg 2xd. Foram selecionados do modo randômico 25 pcts para coleta dos exames. Em 24, (96%) o TT estava prolongado (≥100 seg.). O INR estava abaixo de 2,0 em todos, exceto 1 (com INR=2,2). O único destes pacientes, com TT normal tinha todos os demais exames de AC normais, indicando falta de adesão ao tratamento. O teste de hemoclor não apresentou correlação linear com o TT. O TTPA esteve alterado em 22 dos 24 destes pacientes com TT prolongado, porém nenhum teve um valor acima de 80 seg. Entretanto, 2 destes pacientes, com TT prolongado estavam com TTPA normal. O TP e a AP não tiveram homogeneidade nos resultados. **Conclusões:** observações iniciais apontam que o exame de TT possui maior correlação com a adesão ao tratamento com Db. Estudos voltados para esta finalidade precisam ser feitos, objetivando alcançar metas de prevenção e de redução de complicações com os NOAC.

PO 172

Correlação entre sintomas e documentação de taquiarritmias em pacientes portadores de marcapassos bicamerais

Fabrizio Sarmento VASSALLO, Aloyr Gonçalves SIMÕES JR., Eduardo Giestas SERPA, Hermes CARLONI, Orly de Oliveira LACERDA JR., Christiano Lemos CUNHA

Centro Especializado em Arritmias Cardíacas, Vitória, ES, Brasil.

Introdução: Com o advento da tecnologia de detecção de taquiarritmias disponíveis previamente apenas nos cardiodefibriladores implantáveis nos marcapassos bicamerais o diagnóstico destas tornou fácil e útil no manejo e seguimento dos pacientes que o possuem. **Objetivo:** Correlacionar sintomas sugestivos e típicos de taquiarritmias não sustentadas (TNS - 8 a 30 segundos) ou sustentadas (TS - >30 segundos) atriais e relacionar a presença de ao menos 4 episódios de TNS e/ou 2 de TS em todas avaliações. **Material e Métodos:** 175 pacientes avaliados de 03/10 a 06/13 com número total de 1.298 avaliações 2 média de 7,4 avaliação/paciente. Na marcação da avaliação era solicitado ao paciente ou responsável trazer a receita e/ou medicações atualmente usadas. Na consulta o mesmo deveria estar lúcido e orientado responder formulário padrão com informação espontânea sobre sintomas e questões direcionadas a sintomatologia de arritmias. Antecedentes: HAS em 147 (84%), dislipidemia em 91 (52%), doença coronária/vascular em 77 (44%), diabetes em 39 (22%), FTE em 18 (10%) e 16 (9%) pacientes com ICC. Idade média 72 anos, peso médio 71 kg, altura média 1,65 m, CHADS2 score médio de 2 e CHA2DS2Vasc de 4. As indicações de implante do marcapasso foram: bloqueio atrioventriculares em 98 (56%), doença do nó sinusal 69 (39%), hipersensibilidade do seio carotídeo 5 (3%) e miocardiopatia septal assimétrica obstrutiva em 3 (2%) pacientes. **Resultados:** 68 (39%) preencheram os critérios de 4 episódios de TNS e/ou 2 episódios de TS dos quais 35 (51,5%) apresentaram ao menos 1 episódio de TS em cada avaliação. 43 (63%) referiram sintomas; 21 (49%) sem sintomas e com TNS-TS, 18 (42%) com correlação entre sintomas/TNS-TS e 3 (7%) com sintomas e presença de taquicardia ventricular não sustentada. 47 (69%) daqueles com TNS-TS documentadas referiram ser assintomáticos. **Conclusão:** o relato de sintomas sugestivos e/ou específicos para taquiarritmias é um preditor fraco para estas, visto que na população com diagnóstico através das avaliações dos dispositivos somente 31% correlacionaram sintomas e arritmias atriais.

PO 175

Cardioversão elétrica da fibrilação atrial - importância do tratamento antiarrítmico prévio

Ruiter Carlos ARANTES FILHO, Renato David SILVA, Ricardo Ferreira Coelho MIRANDA, Camila Lara BARCELOS, Luciana Reis DEL SARTO, Vanessa de Jesus LEDO, Gustavo Lara MOSCARDI, Paula MACEDO, Benhur Davi HENZ, Luiz Roberto LEITE

Hbdf, Brasília, DF, Brasil

Introdução: A manutenção do ritmo sinusal está associada à melhora da qualidade de vida e da classe funcional em pacientes com fibrilação atrial. Com isso, a cardioversão elétrica (CVE) tem sido utilizada na tentativa de recuperação do ritmo sinusal. **Objetivos:** Avaliar a efetividade da cardioversão elétrica na reversão aguda e manutenção de longo prazo, assim como fatores relacionados a sua ineficácia. **Métodos:** Foram revisadas as cardioversões elétricas realizadas entre julho de 2010 e julho de 2013 no ambulatório de fibrilação atrial do HBDF e avaliados os previsores de sucesso do procedimento. **Resultados:** Foram realizadas 41 CVE em pacientes com FA persistente e permanente. A idade média foi de 57 ± 12 anos, 62% homens, tempo médio de FA 53 ± 61 m, diâmetro AE 43 ± 6 mm, IVAE 48 ± 18 mm/m², FE = $59 \pm 14\%$, FA valvar em 20%. A taxa de reversão aguda foi de 75%, não houve diferença significativa nas variáveis sexo, AE, IVAE, FE, doença valvar mitral para avaliar a taxa de reversão. O uso de drogas antiarrítmicas no período pré CVE foi altamente significativo na efetividade da CVE (84% vs 37,5%, $p=0,015$), assim como um menor tempo em FA (43 versus 82 m, $p=0,008$) foi preditivo de maior efetividade na reversão. Reversão química foi obtida em 17% durante a fase de impregnação pré CVE. As taxas de recorrência precoce (<1 semana) foram de 16% e tardia de 32%. Mantiveram-se em ritmo sinusal 52% dos pacientes num seguimento médio de 27 ± 34 m. O tempo médio para recorrência foi de 118 ± 320 dias. **Conclusão:** A cardioversão se mostrou efetiva na reversão de FA, com boas taxas de reversão química durante impregnação. O pré tratamento com drogas antiarrítmicas e a reversão precoce foram importantes para otimizar as taxas de reversão. Entretanto as taxas de recorrência tardia permanecem elevadas, abrindo espaço para terapias adicionais na busca da manutenção do ritmo sinusal.

PO 177

Perfil epidemiológico e diagnóstico de pacientes atendidos na unidade de síncope em um hospital terciário

Ana Ines da Costa BRONCHTEIN, Juliana Graél JORGE, Olga Ferreira de SOUZA

Hospital Copa Dor, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Fundamento: O diagnóstico da síncope ainda é um desafio especialmente quando não há um fluxograma estratégico iniciado ainda na sala de emergência (SE) e propagado durante toda a internação. **Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico e diagnóstico de pacientes atendidos na SE de hospital terciário, incluídos no protocolo de síncope e internados com a supervisão de equipe especializada. **Métodos:** De janeiro de 2010 a janeiro de 2012 foram atendidos na US e alocados no protocolo 153 pacientes com diagnóstico de síncope e pré-síncope, sendo 65 homens (42,2%) com média de idade 69,7 anos. Os pacientes foram submetidos a anamnese detalhada e exame físico com medida de PA supina e ortostática e realização de eletrocardiograma (ECG). Na suspeita de cardiopatia estrutural era realizado ecocardiograma e de evento neurológico, avaliação da neurologia. A investigação foi direcionada de acordo com as diretrizes internacionais de síncope (AHA/EHRA). **Resultados:** Setenta e nove pacientes (51,6%) apresentavam síncope prévia; 22 (14,3%) com mais de 4 episódios. A posição prevalente na síncope foi a ortostática (96 pacientes; 62,7%); 25 (16,3%) sentada e 2 (1,3%) deitada. Oitenta e quatro (54,9%) pacientes apresentavam fatores desencadeadores bem definidos; 45 (29,4%) com cardiopatia estrutural e 5 (3,2%) com história de MS na família. Trauma foi observado em 53 pacientes (34,6%); 53 (34,6%) não faziam uso de fármaco potencializador da síncope e 78 (50,9%) faziam. Oito (5,2%) apresentaram hipotensão postural ao exame inicial; 64 (2,6%) exibiram ECG normal, 146 (95,4%) em ritmo sinusal; 5 (3,2%) com FA; 1 (0,6%) juncional; 1 (0,6%) flutter atrial e 5 (3,2%) BAV total. Setenta e dois pacientes (47%) com suspeita diagnóstica de síncope reflexa realizaram teste de inclinação internados, sendo 53 (73,6%) +. O diagnóstico final foi identificado em 123 pacientes (80,3%) e permaneceu inexplicado em 10 (0,65%). A forma neurocardiogênica foi a prevalente (66 pacientes), seguida pela síncope cardíaca (25); hipotensão ortostática (16); hipersensibilidade carotídea (10) disautonomia (4) e neurológica (4). O tempo médio de internação hospitalar foi de 4,9 dias. **Conclusão:** Foi possível confirmar que a avaliação da síncope em hospital com uma unidade especializada permite um amplo conhecimento do perfil epidemiológico desta síndrome e gera uma elevada acurácia diagnóstica em curto espaço de tempo com aprimoramento dos resultados de qualidade no atendimento hospitalar.

PO 180

Complicações embólicas e hemorrágicas no seguimento tardio de anticoagulação na fibrilação atrial

Vanessa de Jesus LEDO, Luciana Reis Del SARTO, Rafael Guedes de Araujo LOPES, Ruiter Carlos ARANTES FILHO, Ricardo Ferreira Coelho MIRANDA, Renato David SILVA, Gustavo Lara MOSCARDI, Paula MACEDO, Luiz Roberto LEITE, Benhur Davi HENZ

Hospital de Base do Df, Brasília, DF, Brasil

Introdução: Apesar dos benefícios da anticoagulação oral na FA, os estudos mostram que até 20% dos pacientes abandonam o tratamento. Dentre os pacientes que permanecem em uso do anticoagulante a longo prazo, a ocorrência de eventos tromboembólicos e complicações hemorrágicas refletem a excelência do acompanhamento. O objetivo deste estudo foi avaliar as taxas de complicações embólicas e hemorrágicas em pacientes com seguimento clínico maior do que um ano. **Métodos:** Foram avaliados 198 pacientes (44% sexo masculino, 61 ± 13 anos) em anticoagulação por um período maior que 12 meses, acompanhados em ambulatório especializado em FA. Sessenta e cinco (33%) pacientes eram portadores de valvopatias. O CHADS2 médio dos não valvares foi de $2,0 \pm 1,2$; o CHA2DS2-VASC de $3,0 \pm 1,7$. O HAS-BLED médio da população foi de $1,2 \pm 1,0$. **Resultados:** Após um seguimento clínico médio de 29 ± 15 meses, dos 198 pacientes, 8 (4%) apresentaram complicações tromboembólicas (5 AVC e 3 AIT), sendo que 4 eram valvopatas e 3 tinham CHADS2 ≥ 3 . A taxa de eventos tromboembólicos foi o dobro nos pacientes valvares (6,2% vs. 3,0%). Dois (1%) pacientes apresentaram TVP e 1 (0,5%) TEP. Além disso, foi detectado trombo no átrio esquerdo em 1 paciente sem complicação embólica. Foram constatadas 25 (12,5%) complicações hemorrágicas, 17 (8%) menores (6 epistaxes, 1 metrorragia, 7 hematurias, 2 sangramentos gengivais e 1 hematoquezia) e 8 (4%) maiores (6 HDA, 1 HDB e 1 metrorragia), 2 destes com necessidade de hemotransfusão. Um paciente faleceu por transformação hemorrágica após AVC. **Conclusão:** Na população estudada, a taxa de eventos tromboembólicos em pacientes não valvares foi comparável aos estudos clínicos. Em pacientes valvares, as complicações embólicas foram mais frequentes. Estes dados reforçam a necessidade de controle mais rigoroso em pacientes com FA valvar.

PO 181

Ablação da atividade simpática renal utilizando-se diferentes cateteres. Resultados de um estudo in vitro

Luciana Vidal ARMAGANJIAN, Rodolfo STAICO, Cristiano Oliveira DIETRICH, Dalmo Ribeiro MOREIRA, Alexandre ABIZAID

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A denervação simpática renal percutânea surgiu como estratégia adjunta para o controle da hipertensão arterial resistente. Nenhum estudo até o momento comparou os efeitos teciduais de diferentes cateteres, potências e tempos de aplicação da radiofrequência, objetivo do presente estudo. **Métodos:** Seis artérias renais de porco foram seccionadas em seu eixo longitudinal e colocadas em uma câmara projetada para simular condições fisiológicas de fluxo renal. Os cateteres foram posicionados obliquamente à artéria, mantendo-se pressão de contato constante. Aplicações de radiofrequência foram realizadas utilizando-se três diferentes dispositivos: eletrodo de ponta sólida 4 mm/5 F, eletrodo de ponta sólida 4 mm/7 F, e eletrodo com ponta aberta irrigada 4 mm/7 F. Duas energias foram aplicadas (8 W e 15 W), durante 30 segundos, 60 segundos e 120 segundos. **Resultados:** No total foram realizadas 18 aplicações. Injúria neural renal mais significativa foi observada utilizando-se cateter 4 mm/5 F e energia de 8 W apenas quando a duração da aplicação foi estendida a 120 segundos. Por outro lado, significante dano neural foi observado com o cateter 4 mm/7 F com todas as potências (8 W e 15 W) e durações testadas (30 segundos, 60 segundos e 120 segundos). Lesões mais profundas foram notadas quando o cateter irrigado foi utilizado, independentemente da potência e da duração da aplicação. **Conclusões:** O cateter com ponta irrigada produz lesões mais profundas que os cateteres de ponta sólida e seu uso pode ser mais vantajoso na denervação simpática renal. A aplicabilidade clínica desses resultados, entretanto, deve ser confirmada.

PO 184

Denervação simpática renal e qualidade de vida: resultados da primeira experiência brasileira

Luciana Vidal ARMAGANIAN, Rodolfo STAICO, Dalmo Ribeiro MOREIRA, Aline MORAES, Alexandre ABIZAID, Celso AMODEO, Marcelo KATZ, Jose Eduardo SOUSA

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A denervação simpática renal (DSR) é estratégia promissora no tratamento da hipertensão arterial resistente. Nenhum estudo avaliou o efeito da DSR na qualidade de vida em nosso meio, objetivo deste estudo. **Métodos:** O questionário *EuroQol-5 Dimensions* (EQ-5D-5L) foi utilizado para avaliar a qualidade de vida de 10 pacientes submetidos a DSR, sendo aplicado antes e 3 meses após o procedimento. **Resultados:** A média de idade foi de $47,3 \pm 12$ anos e 90% dos pacientes eram do sexo feminino. A pressão arterial basal foi de $187 \pm 37,5/104 \pm 18,5$ mmHg e o número de anti-hipertensivos utilizados foi de $7,6 \pm 1,3$. Antes do procedimento, o valor atribuído ao estado de saúde foi de $37,5 \pm 22,7$, aumentando aos 3 meses para $70,5 \pm 20,9$ ($P=0,01$). No seguimento, além da diminuição do número de anti-hipertensivos ($7,6 \pm 1,3$ vs. $6 \pm 2,2$; $P=0,05$), foi observada queda dos níveis da PA ($-16,6/6,3$ mmHg). A melhora do estado de saúde resultou da redução de problemas relacionados a mobilidade, atividades usuais, dor/desconforto e ansiedade/depressão. A magnitude da redução da pressão arterial não se associou à melhora da qualidade de vida em todos os pacientes. Por outro lado, aqueles que experimentaram redução do número de antihipertensivos relataram melhor estado de saúde. **Conclusões:** Hipertensos resistentes apresentam baixos escores de estado de saúde. A DSR apontou melhora da qualidade de vida na maioria dos pacientes. Estudos maiores são necessários para confirmar benefícios consistentes.

PO 185

Tempestade elétrica iatrogênica em indivíduo com síndrome de Brugada

Paulo Alexandre da COSTA, Rafael de Biase ABT, Evandro SBARAINI, Fábio Kirzner DORFMAN, Dalmo Ribeiro MOREIRA

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil; Instituto de Cardiologia e Ritmologia do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A Síndrome de Brugada (SB) corresponde a uma doença genética de herança autossômica dominante onde há um comprometimento dos canais de sódio cardíacos. Está associada a taquicardia ventricular (TV) polimórfica e morte súbita (MS). Na presença de eletrocardiograma (ECG) suspenso, pode-se realizar teste farmacológico com drogas antiarrítmicas (DAA), como a propafenona, de modo a induzir o padrão típico tipo 1. Seu tratamento baseia-se na prevenção de MS. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 32 anos, com diagnóstico de SB e portador de cardioversor-desfibrilador implantável (CDI). Durante 3 anos de acompanhamento, apresentou 4 choques apropriados pelo CDI. Após a última terapia apropriada, o médico-assistente optou por iniciar propafenona 300 mg de 12/12 h. Após a 5.ª dose da DAA, passou a apresentar vários choques pelo CDI, procurando serviço de emergência. Seu ECG (Figura 1), na admissão hospitalar, mostrava padrão tipo 1 de Brugada e apresentava vários episódios de TV não sustentada à cardioscopia. A avaliação do CDI mostrou 17 terapias apropriadas, sendo 15 choques (Figura 2), em aproximadamente 45 minutos. A propafenona foi suspensa e iniciou-se tratamento com isoproterenol endovenoso, havendo resolução das taquiarritmias. **Conclusões:** 1) A propafenona pode induzir taquiarritmias malignas em indivíduos com SB, devendo ser contraindicada nessa situação; e 2) Isoproterenol é droga efetiva no tratamento da tempestade elétrica nesses pacientes.

PO 186

Ressincronização biventricular com uso de gerador de marcapasso convencional: relato de caso

Jonathan Scapin ZAGATTI, José Carlos Pachón MATEOS, Juan Carlos Pachón MATEOS, Remy Nelson ALBORNOZ, Amanda Guerra de Moraes Rego SOUSA, Gustavo Galli REIS, Luís Gustavo SCOPIN, Luciana Dias PEREIRA, Stefania Rodrigues PEREIRA, Rodrigo Valente Ramos ROCHA

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil; Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, SP, Brasil; Real e Benemérita Associação de Beneficência Portuguesa, São Paulo, SP, Brasil

Resumo: Até o início da década de 1990, o tratamento da miocardiopatia dilatada avançada contava apenas com a terapêutica medicamentosa. A partir dos estudos de diversos autores, como Hochleitner e Bakker, e com o advento do marcapasso cardíaco ressincronizador, o tratamento da insuficiência cardíaca (IC) ganhou mais uma opção terapêutica. Atualmente as Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI) recomendam o implante de marcapasso ressincronizador em pacientes que obrigatoriamente possuam um QRS ≥ 150 ms de duração (próprio ou estimulado), fração de ejeção do ventrículo esquerdo $\leq 35\%$ e que apresente IC em classe funcional (CF) III ou IV segundo a classificação da NYHA. No Brasil, a experiência clínica atual dos centros de referência em implante de marcapasso mostra que a melhora clínica, o remodelamento cardíaco e a sobrevida dos pacientes que possuem um ressincronizador poderia ser ainda maior se a indicação fosse mais precoce. Assim sendo, há uma tendência de que a terapia de ressincronização cardíaca seja oferecida precocemente aos portadores de IC em CF I ou II desde que preencham os demais critérios propostos pela DCEI. O caso a seguir refere-se a um paciente masculino, 79 anos, portador de síndrome bradi-taquicardia, bloqueio completo de ramo esquerdo (QRS de 150 ms), com repercussões hemodinâmicas e IC em CF II-III. Em 2003, foi submetido a implante de marcapasso ressincronizador biventricular, utilizando um gerador de marcapasso convencional, programado no modo DVI e com intervalo AV de 15 ms. Durante as avaliações subsequentes do dispositivo constatou-se, em 2008, aumento progressivo do limiar de comando de eletrodo de seio coronário, inviabilizando a estimulação ventricular esquerda. Foi optado então por submeter o paciente a retirada e implante de novo eletrodo em seio coronário. Durante o procedimento, foi possível reposicionar o eletrodo em uma veia cardíaca anteroposterior, com parâmetros eletrofisiológicos adequados. O gerador foi programado em modo DVIR 70 ppm com intervalo AV de 15 ms. Desde então o paciente mantém acompanhamento no serviço de marcapasso através de avaliação por telemetria e eletrocardiográfica de rotina, com manutenção dos parâmetros eletrofisiológicos e evolução clínica favorável.

PO 191

Estreitamento agudo de artéria renal em paciente submetido a denervação simpática por cateter: avaliação pelo ultrassom intravascular

Luciana Vidal ARMAGANIAN, Rodolfo STAICO, Dalmo Ribeiro MOREIRA, Alexandre ABIZAID, Aline MORAES, Márcio SOUSA, Celso AMODEO, José Eduardo SOUSA

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A denervação simpática renal (DSR) surgiu como uma estratégia terapêutica adjunta em pacientes com hipertensão arterial resistente. Irregularidades na artéria renal após a ablação são eventualmente visualizadas. O mecanismo desse fenômeno e sua evolução a médio/longo prazo, entretanto, permanecem incertos. Objetivamos descrever um caso de estreitamento agudo de artéria renal em paciente submetido à DSR avaliado pelo ultrassom intravascular (USIV). **Caso clínico:** Paciente masculino, 53 anos, portador de hipertensão arterial resistente por 7 anos, foi encaminhado para realização de DSR. Monitoração ambulatorial da pressão arterial (MAPA) antes do procedimento revelava pressão arterial (PA) de 144×79 mmHg, a despeito de 7 fármacos anti-hipertensivos. Sob anestesia geral, 5 aplicações de radiofrequência foram realizadas em cada artéria renal, utilizando-se um cateter irrigado (*Celsius ThermoCool[®]*, *Biosense Webster Inc[®]*), sem complicações maiores. Entretanto, estreitamento vascular moderado agudo foi observado na artéria renal direita após o procedimento (estenose de 43%). O USIV demonstrou redução da área da luz vascular (de $25,9$ para $7,5$ mm²) e da área da membrana elástica externa (de $32,7$ para $16,9$ mm²) comparadas a um segmento de referência, evidenciando remodelamento negativo agudo. Aos seis meses de seguimento, MAPA mostrou pressão arterial de 122×63 mmHg em uso de apenas 3 medicações anti-hipertensivas, denotando eficácia do procedimento. A angiografia renal evidenciou estreitamento discreto (estenose de 23% pela angiografia quantitativa), assim como o USIV (área mínima da luz= $14,2$ mm² e área mínima do vaso= $22,3$ mm²). Este caso ilustra que o estreitamento agudo da artéria renal após DSR por cateter provavelmente é resultante de injúria térmica/edema, parcialmente reversível após seis meses.

PO 192

Participação do enfermeiro em ablação de fibrilação atrial através do mapeamento eletro-anatômico: um relato de experiência

Francisco Cássio MENDES, Tatiana Nóbrega ELIAS, M Elicênia MENDES
Hospital Unimed Natal, NATAL, RN, Brasil

Introdução: A FA é uma arritmia supraventricular em que ocorre uma completa desorganização na atividade elétrica atrial, fazendo com que os átrios percam sua capacidade de contração, não gerando sístole atrial. Essa arritmia começou a ser conhecida no século XV quando recebeu várias denominações, todas elas se referindo ao ritmo irregular e acelerado observado na arritmia. As tentativas iniciais de reproduzir a cirurgia do labirinto com cateteres levaram à observação de que focos ectópicos com origem frequente nas veias pulmonares deflagravam a FA paroxística. A retomada da cirurgia do labirinto por cateter utilizando o sistema de mapeamento computadorizado com reconstrução tridimensional das câmaras atriais fez surgir a ablação com equipamentos de radiofrequência (RF) capazes de produzir lesões mais profundas e transmuralis de focos ectópicos localizados em sua grande maioria nos óstios das veias pulmonares. **Método:** trata-se do relato da experiência de estágio de aperfeiçoamento no setor de Eletrofisiologia Clínica, com ênfase na ablação de fibrilação atrial por meio do mapeamento eletroanatômico realizado no Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, em outubro de 2011. **Resultados:** No período descrito foram realizados 05 casos de estudo eletrofisiológico; 02 casos de ablação convencional por cateter com radiofrequência e 03 casos de ablação por cateter através de radiofrequência utilizando o mapeamento eletro-anatômico das câmaras atriais. A suspeita de AVE no transporatório em um dos três últimos pacientes foi diagnosticada pela sintomatologia clínica e por exames tomográficos. **Conclusão:** Os principais critérios de segurança para realização do procedimento estão relacionados à anticoagulação; ausência de trombo atrial com realização de ecocardiograma transesofágico. O monitoramento contínuo da temperatura e a verificação da potência e impedância do sistema durante a aplicação de RF são fundamentais para evitar a formação de coágulos e perfuração da parede miocárdica. Este último pode ser mensurado através de um termômetro esofágico com inserção naso ou orofaringe com o objetivo de evitar a formação de fistula esofágica, uma das grandes complicações nessa terapêutica. Palavras-chave: Enfermeiro; Fibrilação Atrial.

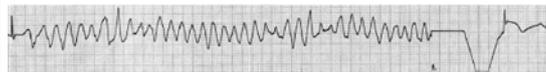
PO 193

Acoplamento ultra-curto e taquicardia ventricular polimórfica: um novo olhar para as extrasístoles ventriculares? - Série de casos

Muhieddine Omar CHOKR, Francisco DARRIEUX, Carina HARDY, Denise HACHUL, Allisson Valadão De Oliveira BRITTO, Sissy MELO, Cristiano Faria PISANI, Eduardo Argentino SOSA, Martino MARTINELLI FILHO, Mauricio SCANAVACCA

Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Incor/FMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: As taquicardias ventriculares polimórficas (TVP) tipo *torsades de pointes* representam uma condição de alto risco de morte súbita, mesmo quando ocorrem em indivíduos com o coração estruturalmente normal. As taquicardias deflagradas por extra-sístoles ventriculares (EV) com intervalo de acoplamento ultracurto (<300 ms) apresentam um potencial de deflagrar taquicardia ventricular polimórfica (TVP) e morte-súbita. Embora essa condição seja facilmente diagnosticada pelas características descritas acima, existe carência de dados para o manejo clínico dos pacientes na fase da tormenta elétrica e durante a evolução clínica em longo prazo. **Objetivo:** Descrever uma série de casos de pacientes com EV com acoplamento curto. **Métodos e Resultados:** Nos últimos 20 anos, foram identificados, em nossa Instituição, três mulheres com EV com intervalo de acoplamento curto e TVP e uma familiar com EV com acoplamento curto assintomática e sem TVP documentada. A idade do início dos sintomas variou da segunda a quinta década de vida. A manifestação clínica inicial em duas pacientes foi síncope, em outra houve tempestade elétrica com necessidade de várias desfibrilações em 24h (figura). O intervalo médio de acoplamento da EV foi de ± 280 ms. Após controle clínico das TVP com verapamil na dose de 240 a 480 mg/dia, todas as 3 pacientes sintomáticas foram submetidas a implante de CDI. Uma paciente que não estava fazendo uso regular da medicação recebeu choque apropriado do CDI após 17 anos de seguimento. Os demais permanecem assintomáticos em seguimento de nove a 24 meses. **Conclusão:** Pacientes com EVs com acoplamento curto podem ser portadores de uma síndrome rara que pode resultar em TVP e morte súbita. O Verapamil parece ser útil no controle das crises de TVP, porém o implante de CDI é sempre necessário nos pacientes sintomáticos. A ocorrência de TVP nos portadores assintomáticos é desconhecida, assim como a necessidade do implante profilático do CDI.



PO 196

A utilização de fatores clínicos permite a predição de indução de taquiarritmia ventricular sustentada ao estudo eletrofisiológico em chagásicos

Leandro Rubio FARIA, Dalmo Ribeiro MOREIRA, Felipe Gomes de OLIVEIRA, Diego Albernaz PIMENTA, Eduardo Vitor Barbaroto RIBEIRO, Izaias Marques de SA, Bruno Pereira VALDIGEM, Rogerio Braga ANDALAF, Luciana Vidal ARMAGANIJAN, Ricardo Garbe HABIB

Dante Pazzanese, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Os eventos arritmicos são responsáveis por mais de 10 mil mortes ao ano em chagásicos. Os escores clínicos identificam os P de alto risco para morte. Correlacionar achados clínicos com os Resultados do estudo eletrofisiológico (EEF), que podem prever morte de causa arritmica, permitiria ao clínico melhor a gravidade destes pacientes. **Objetivo:** Avaliar a relação entre o escore de Rassi e outras variáveis clínicas e a indução de taquiarritmia ventricular sustentada (TV, fibrilação ou flutter ventricular) ao EEF. **Método:** Foram selecionados 97 P chagásicos consecutivos, portadores da forma cardíaca submetidos ao EEF no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012. Foram avaliados os dados clínicos e demográficos, laboratoriais e de imagem além de todos os critérios presentes no escore proposto por Rassi (Baixa voltagem do QRS, sexo masculino, presença de TVNS, cardiomegalia, classe funcional III/IV, Disfunção segmentar ou global ao ecocardiograma) e correlacionaram-se estes aos resultados do EEF. Quanto ao escore, os P foram classificados em risco elevado, risco intermediário e risco baixo. Após coleta dos dados aplicou-se o teste de Fisher para análise da correlação com indução das taquiarritmias ventriculares sustentadas. **Resultados:** Dos 97 pacientes, com idade média de 54,5 \pm 26 anos (variando entre 31 e 78 anos), 80,4 % eram homens, 71,2 % tinham outras doenças, 64% HAS, 9% diabetes e 33% dislipidemia. A avaliação pelo escore clínico classificou-os em risco baixo (31,5%); intermediário (37,1%) e elevado (30,9%). A correlação EEF-escore de rassi permitiu a identificação de P com maior risco de indução de taquiarritmias ventriculares sustentadas, com probabilidade de indução de 29% (baixo), 44% (intermediário) e 62% (elevado) ($p=0.04$). A presença congestão pulmonar, TVNS, cardiomegalia ao RX tórax e baixa voltagem do QRS, isoladamente apresentaram tendência de correlação com eventos arritmicos observados durante o EEF. **Conclusão:** A) quanto maior o escore de Rassi, maior o risco de indução de taquiarritmias ventriculares sustentadas a EEF; B) Há tendência de fatores isoladamente (TVNS, congestão pulmonar, cardiomegalia no RX de tórax e baixa voltagem do QRS) serem precursores de eventos arritmicos graves; C) o escore de Rassi pode ser utilizado como potencial critério clínico para identificação chagásicos mais graves do ponto de vista arritmico.

PO 197

Método inovador para o ensino do diagnóstico eletrocardiográfico de arritmias supraventriculares

Bruno TOSCANI, Thiago LIBRELON, Dalmo Ribeiro MOREIRA

1.Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil; 2.Beneficência Portuguesa, São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: O preciso diagnóstico eletrocardiográfico entre as diferentes arritmias com complexo QRS estreito, é tarefa árdua mesmo para especialistas. Neste projeto desenvolveu-se um Software interativo para o ensino do diagnóstico dessas arritmias. Foi validado em um grupo de 53 médicos do primeiro ano do curso de especialização em cardiologia. **Objetivos:** Desenvolver e avaliar a eficácia do novo software para o ensino avançado de arritmias supraventriculares. **Métodos:** De abril de 2012 a março de 2012 desenvolveu-se um novo software para o ensino avançado de arritmias supraventriculares. O tutorial foi inserido na grade curricular dos Residentes do Primeiro ano de cardiologia do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, com consentimento da COREME. Formaram-se 10 turmas, com participação facultativa. Realizado de maneira presencial, com a utilização de 01 computador por aluno, sem tutor. Com duração máxima de 02 horas. O incremento na capacidade de interpretar traçados eletrocardiográficos foi avaliado por pré e pós-teste com 12 questões fechadas. Foram coletadas informações de satisfação após o curso. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Dos 60 médicos do programa de especialização em cardiologia, 53 voluntariaram-se a participar no curso; 03 voluntários não preencheram o pós-teste e foram excluídos. A média de acertos no pré-teste foi de 25% com evolução para 70% no pós-teste. Dos participantes que realizaram voluntariamente a avaliação subjetiva do treinamento pelos conceitos (péssimo, ruim, razoável, bom, ótimo e excelente) 42% assinalaram Excelente na avaliação global do curso; 42% avaliaram-no como ÓTIMO; os demais 16% conceituaram-no como Bom. Os aspectos positivos elencados foram: Didática-Organização; Metodologia-Tecnologia de Ensino; Ilustrações-Animações. O principal aspecto negativo destacado foi Densidade-Complexidade do Tema. Ao término, 72% dos participantes "concordaram totalmente" e 28% "concordaram" que o ensino por meio deste software é mais proveitoso que uma aula expositiva. **Conclusões:** Um software interativo pode ser ferramenta facilitadora para o ensino do eletrocardiograma em arritmias supraventriculares.

PO 199

Riscos e complicações relacionadas à denervação simpática renal - estudo desire

renato David SILVA, Ruiteer Carlos ARANTES FILHO, Camila Lara BARCELOS, Ailinne Katienny MACAMBIRA, Maria dos Santos BARCELOS, Henrique César MAIA, Tamer Najar SEIXAS

Hbdf, Brasília, DF, Brasil

Introdução: Denervação simpática renal (DNSR) tem se mostrado como terapia adjuvante eficaz no tratamento de pacientes com HAS refratária. No entanto há poucas referências sobre as complicações deste procedimento. **Objetivos:** Descrever as complicações observadas em pacientes submetidos a DNSR e acompanhados no Estudo DESIRE. **Métodos:** Avaliação prospectiva de 23 pacientes submetidos à DNSR no Hospital de Base do DF no período de 01 de março 2012 a 31 de junho de 2013 no estudo DESIRE. Todos os pacientes realizaram punção de artéria femoral direita, angiografia de aorta abdominal e visualização da origem das artérias renais, cateterização das mesmas com cateter *Mariner performer 5f* (Medtronic), e 4 aplicações de RF em cada artéria renal. Foram encaminhados após a alta para acompanhamento ambulatorial com reavaliações regulares aos 7, 30, 60, 90, 120 e 180 dias, e realizaram *doppler* de artéria renal após seis meses de seguimento. **Resultados:** Os pacientes foram acompanhados por período médio de 232 dias. As dificuldades e complicações relacionadas ao procedimento mais frequentes foram o edema após aplicação de energia (3 casos) e o espasmo da artéria renal (2 casos). Ocorreram ainda um episódio de bradicardia e pausa sinusal de 14,0s após aplicação de radiofrequência em artéria renal D, sem instabilidade hemodinâmica, um caso de edema de artéria renal. Não houve caso de estenose da artéria renal. **Conclusões:** A DNSR não parece estar associada a aumento significativo na morbidade dos pacientes submetidos a este procedimento, surgindo assim segura alternativa para tratamento adjuvante dos pacientes com HAS refratária.

PO 200

Rabdomioma como causa de taquicardia ventricular refratária: relato de caso

Jonatas MELO NETO, Bruno Pereira VALDIGEM, Eduardo Oliva ANICETO, Rogerio Braga ANDALRAFT, Lincoln José SILVA JUNIOR, Paula Vargas SA-BOYA, Guilherme ARRUDA, Heloisa Maria KHADEr, Ricardo Garbe HABIB, Dalmo Ribeiro MOREIRA

Dante Pazzanese, São Paulo, SP, Brasil

Resumo: J.R.O., 35 anos, masculino, natural de Itambacuri-MG, encaminhado de outro serviço para realização de ablação por radiofrequência de taquicardia ventricular (TV) monomórfica sustentada, refratária ao uso de metoprolol em dose máxima, amiodarona e lidocaína endovenosas há cerca de 10 dias. O paciente permanencia estável. Antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e palpitações. Sem antecedentes familiares de morte súbita. Realizado sorologia para doença de Chagas com resultado negativo. O ECG mostrava TV de origem em região de ápice de ventrículo direito (VD). No nosso serviço foi realizada TC de coração para avaliação de eventual dis-cinesia de VD porventura não identificada em ecocardiograma externo. A TC excluiu doença arterial coronariana e sugeriu a presença de tumoração em ápice de VD de 2,4 x 2,6 cm. Realizado ecocardiograma que evidenciou função ventricular normal e presença de imagem arredondada de contornos regulares de 2,4 x 2,6 cm aderida ao septo em região apical. O Holter evidenciou 57% de ectopias ventriculares, sendo 3.533 TVs de até 241 batimentos e 164 bpm. Optado pelo procedimento de exérese cirúrgica com realização de ablação intraoperatória com aplicação de radiofrequência ao redor da incisão no VD e ao longo do seu trajeto. O paciente evoluiu com melhora substancial das arritmias no pós-operatório, com Holter evidenciando 939 ectopias isoladas e nenhuma TV. O anatomopatológico evidenciou rabdomioma celular adulto. Paciente segue assintomático e sem fármacos.

PO 202

Utilidade do sistema eletroanatômico na segurança da ablação de arritmias atriais paraseptais - relato de caso

José Marcos MOREIRA, Cristiano Oliveira DIETRICH, Jefferson CURIMBA-BA, Humberto G. de FREITAS, Claudio CIRENZA

Grupo Arritmia São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Relato de Caso: NMM, 73 anos, sexo feminino, encaminhada para ablação de taquicardia supraventricular. História pregressa de HAS. Iniciado EEF com paciente em ritmo sinusal, sendo realizadas três punções venosas: cateter quadripolar (átrio direito), cateter quadripolar (His) e decapolar (seio coronário). Medidas basais dentro da normalidade. Estimulação ventricular sem condução V-A. Indução de taquicardia supraventricular com variação do intervalo A-A precedendo variações no V-V compatível com diagnóstico de taquicardia atrial. Realizado a construção tridimensional do átrio direito e seio coronário seguido pelo mapa de ativação da taquicardia atrial (sistema EnSite Navx). Análise deste mapa demonstrou precocidade em região para-hissiana onde efetuou-se aplicações de radiofrequência com interrupção da taquicardia. Novas estimulações sem indução de arritmias. Paciente evoluiu assintomático e sem recorrência da arritmia. **Discussão e Conclusão:** Arritmias com origem para-hissiana associam-se com risco elevado de BAV total. A segurança do procedimento envolve a relação anatômica do foco arritmogênico e o feixe de His/nó AV. Métodos que permitem a construção tridimensional da anatomia cardíaca permitem a localização precisa da origem da arritmia e de estruturas, como nó AV, nó sinusal e feixe de His.

