

## **QUAL A MELHOR ESTRATÉGIA PARA ABLAÇÃO DE FIBRILHAÇÃO AURICULAR: APENAS ISOLAMENTO DAS VEIAS PULMONARES OU REALIZAÇÃO ADICIONAL DE LESÕES LINEARES?**

Luís Carpinteiro, Nuno Cortez-Dias, Andreia Magalhães, Rui Plácido, Liliana Marta, Catarina Barata, Ana Catarina Mata, Tatiana Guimarães, Gustavo Silva, Sara Neto, Ana Bernardes, João de Sousa

Unidade de Arritmologia Invasiva, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte

**Introdução:** A ablação por radiofrequência conquistou um papel incontornável no tratamento da fibrilhação auricular (FA). Diversos estudos sustentam o papel central do isolamento das veias pulmonares (IVP), mas permanece controverso o papel das lesões lineares e quais os doentes que delas beneficiarão. Se por um lado é sugerido o seu potencial adjuvante em doentes com flutter auricular associado, por outro é reconhecido o potencial arritmogénico quando não se atinja bloqueio bidireccional permanente.

**Objectivo:** Comparar o sucesso a longo prazo da ablação de FA em função da estratégia de ablação (apenas IVP versus IVP + lesões lineares).

**Métodos:** Estudo observacional prospectivo unicêntrico de doentes (dts) consecutivos submetidos a ablação após Setembro de 2004. A estratégia de ablação visou IVP. Até 2008 foi complementada por lesões lineares na aurícula esquerda (AE) e/ou linha do istmo cavo-tricúspide (ICT), após o que só foi efectuada linha do ICT e apenas nos dts com história de flutter auricular. Foi realizada monitorização electrocardiográfica aos 3, 6 e 12 meses (Holter até 2011; registador de eventos de 7 dias desde então) e anualmente por Holter a partir do 2º ano. Definiu-se insucesso após 1ª tentativa de ablação pela documentação a partir do 91º dia de qualquer taquiarritmia supra-ventricular mantida (>30 segundos). Os resultados foram comparados em função da estratégia de ablação e da coexistência de flutter auricular por análises de Kaplan-Meier e de regressão de Cox.

**Resultados:** Foram submetidos a ablação 211 dts (68,2% do sexo masculino; 56±12 anos), 29,4% (N=62) dos quais com história de flutter auricular. Além do IVP, foram efectuadas lesões lineares em 78 dts (37%), mais frequentemente naqueles com flutter auricular associado (67,7% vs 24,2%; P<0,001). As lesões lineares consistiram em linha do ICT em 41 doentes, istmo mitral em 39, linha do tecto em 33 e linha posterior da AE em 6 dts. O sucesso da ablação foi inferior nos dts com história de flutter auricular. Nesses, a ablação empírica do ICT tendeu a aumentar o sucesso da ablação (48,2% vs 33,3% aos 3 anos), sem benefício na realização de lesões lineares na AE. Entre os dts sem história de flutter auricular, obteve-se sucesso aos 3 anos em 70,1% daqueles tratados apenas com IVP e em 33,8% daqueles em que foram efectuadas lesões lineares (log-rank P <0,001). A realização de lesões lineares na AE em doentes sem flutter auricular mais do que triplicou o risco de arritmias auriculares durante o seguimento (hazard ratio: 3,0, IC95% 1,6-5,9, P=0,001), independentemente do subtipo clínico da FA (paroxística ou persistente de curta ou longa duração).

**Conclusões:** O IVP constitui o elemento central na estratégia de ablação da FA. Nos dts com história de flutter auricular pode haver benefício na realização empírica de ablação do ICT durante a primeira tentativa de ablação. De outra forma, não existirá benefício na realização empírica de lesões lineares, nomeadamente na AE.