

LUCAS PIRES LEAL BARBIERI CARNAVAL, FÁBIO JOSÉ DA SILVA SOUZA, VITOR RAMOS NAVARRO, THIAGO IZIDORO CARVALHO DA SILVA, EDUARDO AUGUSTO MARTINIANO ALVARES, ANTONIO JOSE LAGOEIRO JORGE, EDUARDO NANI SILVA, MARIO LUIZ RIBEIRO, WOLNEY DE ANDRADE MARTINS, HUMBERTO VILLACORTA JUNIOR e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ.

## Introdução

A fibrilação atrial (FA) é a taquiarritmia sustentada mais frequente, com prevalência de 6% em pacientes maiores que 65 anos e de 10% em maiores de 85 anos. Pacientes com refratariedade ao tratamento clínico medicamentoso podem ser beneficiados pela terapia de ablação transcateteriana. A técnica mais utilizada é o isolamento circunferencial das veias pulmonares com energia de radiofrequência. Como complicação à técnica de ablação temos a ocorrência de estenose de veia pulmonar (EVP) levando em casos graves ao infarto pulmonar.

## Objetivo

Relatar um caso clínico de estenose de veia pulmonar com evolução para infarto pulmonar após procedimento de ablação de Fibrilação atrial.

## Relato do caso

R.L.B 49 anos, sexo masculino, ex-tabagista (carga tabágica 16,5 maços/ano), com história prévia de taquicardia atrial com ablação em 2014, marca-passo definitivo implantado em 2015 e ablação de fibrilação atrial (FA) em abril de 2018, evolui 8 meses após o procedimento com quadro clínico de dispneia, dor pleurítica em hemitórax esquerdo, tosse produtiva com hemoptóicos, febre e perda ponderal de 6kg. Realizada investigação para doenças infecciosas, em especial tuberculose pulmonar, pois apresentava forte indício epidemiológico, tendo resultados negativos. Durante investigação clínica, realizado angiotomografia de tórax que evidenciou veia pulmonar a esquerda única com estenose proximal do ramo do lobo superior, ramo venoso pulmonar do lobo inferior esquerdo com enchimento discreto da veia do subramo superior, sem sinais de enchimento nos demais ramos, não podendo excluir oclusão/suboclusão por trombose e/ou infiltração pelo tecido hilar além de alentecimento arterial pulmonar à esquerda, presença de consolidação com atenuação em vidro fosco na periferia do lobo inferior esquerdo. Na cintilografia de ventilação/perfusão pulmonar evidenciou hipoperfusão difusa em todo o pulmão esquerdo associado à hipoventilação do mesmo.



Imagem: cintilografia ventilação/perfusão pulmonar com nítida hipoventilação e hipoperfusão do pulmão esquerdo



Imagem: Radiografia de tórax em PA e perfil esquerdo com imagem de consolidação em hemitórax esquerdo. Além de marcapasso definitivo dupla câmara.

## Discussão

O Procedimento de ablação da FA está associado a complicações e o reconhecimento correto e precoce deve ser avaliado com importância. Dentre as complicações temos: tamponamento cardíaco, estenose de veias pulmonares, fístula átrio-esofágica, embolias cerebrais e sintêmicas e paralisia frênica. No caso exposto o paciente evolui com EVP como complicação após ablação de FA e posterior infarto pulmonar por baixa perfusão pulmonar. A EVP é uma síndrome sub-diagnosticada que pode resultar em sintomas significativos e debilitantes. Os sintomas da EVP podem ser confundidos com outras doenças pulmonares, o que pode levar a erros de diagnóstico. O tratamento com angioplastia com stent de veia pulmonar para esta complicação ainda apresenta resultados frustrantes e pouca eficácia. A importância fundamental nesses pacientes com FA é a indicação correta do método de ablação e a técnica aplicada.